



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

Mirvaine Panizzi

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

**Florianópolis/SC
2015**

Mirvaine Panizzi

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Josimari Telino de Lacerda

Co-Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Sonia Natal

**Florianópolis/SC
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Panizzi, Mirvaine.

Pl93A Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF /, Mirvaine Panizzi; Orientadora, Josimari Telino de Lacerda; Co-Orientadora, Sonia Natal. - Florianópolis, SC, 2015.
172p.

Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

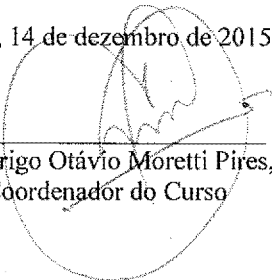
1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2. Atenção Básica. 3. Avaliação em Saúde. 4. Apoio Matricial. I. Lacerda, Josimari Telino de. II. Natal, Sonia. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Mirvaine Panizzi

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

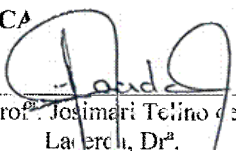
Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Local, 14 de dezembro de 2015.

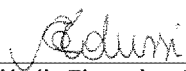


Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Coordenador do Curso

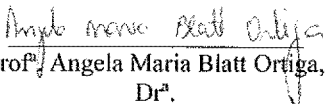
BANCA



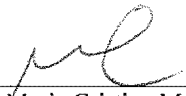
Prof.^a Josimari Telino de
Lacerda, Dr.^a.
UFSC (Orientadora)



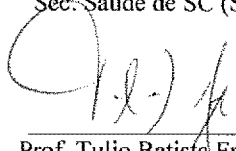
Prof.^a Cláudia Flemming Colussi,
Dr.^a.
UFSC



Prof.^a Angela Maria Blatt Ortega,
Dr.^a.
Sec. Saúde de SC (SES/SC)



Prof.^a Maria Cristina Marino
Calvo, Dr.^a.
UFSC



Prof. Tulio Batista Franco, Dr.
Univ. Federal Fluminense (UFF)



Prof.^a Tânia Maris Grigollo, Dr.^a.
UFSC

AGRADECIMENTOS

A força vital que induz a construir e reconstruir, em movimentos de superação e de aprendizados.

A minha família, de forma muito especial ao meu filho Vinícius, companheiro nesta jornada.

A duas grandes mulheres que me orientaram e com as quais tive o privilégio de compartilhar este trabalho, Josimari Telino de Lacerda e Sonia Natal.

Aos amigos e colegas de curso, em especial a Angela Maria Blatt Ortiga, por seu incentivo e presença constante.

A banca examinadora, por aceitarem participar desse momento importante e pelas contribuições.

Aos colegas e professores do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) pela convivência e aprendizado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC pelos conhecimentos compartilhados.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

Aos colegas e amigos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, pelo convívio e construção coletiva.

Aos municípios que aceitaram participar deste estudo.

A todos que de alguma forma contribuíram para a execução desse trabalho.

PANIZZI, Mirvaine. **Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. 172f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Josimari Telino de Lacerda

Co-Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Natal

RESUMO

Introdução: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por equipes multiprofissionais com atuação pautada no apoio matricial. Tem por objetivos aumentar a oferta de ações, a resolubilidade na Atenção Básica em Saúde (ABS) e a integração desta com a Rede de Atenção à Saúde. **Objetivos:** Avaliar o grau de implantação do NASF em Santa Catarina e identificar estratégias utilizadas na sua atuação, bem como desafios à sua integração na ABS. **Métodos:** Pesquisa avaliativa, com abordagem mista, desenvolvida em duas etapas: estudo de avaliabilidade e estudo de casos múltiplos. O estudo de avaliabilidade contemplou a descrição do programa, elaboração do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento (MAJ), validados em oficinas de consenso. As dimensões de análise definidas foram *Aporte Organizacional*, com três subdimensões e nove indicadores e *Atuação da Equipe NASF*, com três subdimensões e onze indicadores. Foram definidos parâmetros e pontuação máxima esperada para cada elemento da MAJ. Para o estudo de casos múltiplos foram selecionados três NASF, um de cada modalidade (M), que tiveram como unidades de análise as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes de Saúde da Família (eqSF), assim distribuídas: NASF M1 com 4 UBS e 6 eqSF; NASF M2 com 1 UBS e 3eqSF; e o NASF M3 com 1UBS e 1 eqSF. As técnicas de coleta foram análise documental, observação direta e entrevistas. Foram analisados documentos municipais relativos ao NASF; realizadas observações nas UBS para verificar condições estruturais e organizacionais; e 26 entrevistas com gestores (6); profissionais do NASF (10); e eqSF (10). O material coletado foi submetido à análise de conteúdo com categorias pré-definidas na matriz avaliativa. Procedeu-se a triangulação das entrevistas com as observações de campo e os documentos analisados, para contribuir com a validade interna do estudo. **Resultados:** Dois casos foram classificados como

“implantado” e um caso como “parcialmente implantado”, em ambas as dimensões. No caso parcialmente implantado predominava a atenção individual, com incipientes ações compartilhadas. Os fatores favoráveis à implantação foram o apoio da gestão, suficiência de recursos estruturais, qualificação dos profissionais, processos comunicacionais efetivos, planejamento integrado e existência de mecanismos para a atuação articulada entre equipes. Para o êxito na integração do NASF à ABS foram essenciais estratégias voltadas à sua institucionalização, a construção de espaços coletivos e de cogestão e o planejamento integrado. Gestores e profissionais comprometidos e qualificados são essenciais para organização e condução de processos de democratização institucional, para reorganização dos processos de trabalho centrados no usuário e para a conformação de modelo de atenção à saúde voltado à integralidade. Conclusão: As práticas se constroem no cotidiano e dependem de ajustes no processo de trabalho do NASF e das eqSF. A mudança do processo de trabalho depende da incorporação de conhecimento e da mudança de atitude dos profissionais. Comprometimento e qualificação dos atores são essenciais para a reorganização dos processos de trabalho centrados no usuário e conformação de um modelo de atenção voltado à integralidade na ABS.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Atenção Básica. Avaliação em Saúde. Apoio Matricial.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Support Center (NASF) is composed of multidisciplinary teams with action based on the matrix of support. It aims to increase the supply of actions, the solvability in Primary Health Attention (PHA) and integrating this with the Network of Health Care. **Objectives:** To evaluate the degree of implementation of NASF in Santa Catarina and identify strategies used in its operations as well as challenges to their integration in the PHA. **Methods:** Evaluative research with mixed approach, developed in two stages: evaluability study and study of multiple cases. The evaluability study included the program description, preparation of the logic model and the analysis matrix and judgment (AMJ), validated in consensus workshops. The dimensions of defined analysis were Organizational Contribution, with three sub-dimensions and nine indicators and Performance of NASF team, with three sub-dimensions and eleven indicators. Parameters were defined and expected maximum score for each element of the AMJ. For the study of multiple cases were selected three NASF, one of each mode (M), which had as units of analysis the Basic Health Units (BHU) and the Health Teams Family (eqSF), distributed as follows: NASF M1 with 4 BHU and 6 eqSF; NASF M2 with 1 BHU and 3eqSF; and NASF M3 with 1 BHU and 1 eqSF. The techniques were document analysis, direct observation and interviews. Municipal documents were analyzed to NASF; made observations on BHU to verify structural and organizational conditions; 26 and interviews with managers (6); Professional of NASF (10); and eqSF (10). The collected material was subjected to content analysis with predefined matrix in evaluative categories. The procedure was the triangulation of interviews with field observations and documents analyzed, to contribute to the internal validity of the study. **Results:** Two cases were classified as "deployed" and one case as "partially deployed" in both dimensions. In partially implemented case predominated individual attention, with incipient shared actions. Factors favorable to deployment have the support of management, structural adequacy of resources, qualifications of professional, effective communication processes, integrated planning and existence of mechanisms for coordinated actions between teams. For the

successful integration of the PHA NASF were essential strategies for institutionalizing the construction of collective spaces and co-management and integrated planning. Managers and qualified committed professionals are essential for organizing and conducting institutional democratization process, for reorganization of work processes and user-centric model for the conformation of health care aimed at comprehensiveness. **Conclusion:** The practices are built in daily life and depend on settings in the work process of NASF and eqSF. The change in the working process depends on the incorporation of knowledge and changing attitudes of professionals. Commitment and skills of the actors are essential to the reorganization of work processes user-centric and conformation of a care model geared to comprehensive PHA.

Key words: Family Health Support Center. Primary Health Care. Health Evaluation. Matrix Support.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição de NASF em Santa Catarina, 2014.	38
Figura 2: Síntese dos métodos desenvolvidos no estudo de avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.....	59

ARTIGO 1:

Figura 1: Modelo Lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 2015.....	71
--	----

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Normativas e documentos que orientam a organização e funcionamento da equipe do NASF, no período de 2008 a 2015.	28
Quadro 2: Modalidades (M) dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, conforme a Portaria nº 3.124 de 28/12/2012.	36
Quadro 3: Valores de financiamento para custeio mensal dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Santa Catarina, 2014.	37
Quadro 4: Núcleos de Apoio à Saúde da Família de acordo com Modalidade. Santa Catarina, abril de 2014.....	38
Quadro 5: Resultados do primeiro e do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ. Brasil e Santa Catarina, 2014.....	56
Quadro 6: Núcleos de Apoio à Saúde da Família de acordo com a modalidade. Santa Catarina, abril de 2014.	61

ARTIGO 1:

Quadro 1: Matriz de análise e julgamento da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).	72
Quadro 2: Aspectos semelhantes e divergentes entre os casos avaliados em Santa Catarina, 2015.....	78
Tabela 1: Grau de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Santa Catarina, 2015.	77

ARTIGO 2:

Quadro 1: Principais características dos Casos em Santa Catarina, 2015.	95
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ABS	-	Atenção Básica em Saúde
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
AMAQ-AB	-	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
eqSF	-	Equipe de Saúde da Família
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
MAJ	-	Matriz de Análise e Julgamento
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	-	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
PROESF	-	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
SC	-	Santa Catarina
SES/SC	-	Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina
SF	-	Saúde da Família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
3.1	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	27
3.1.1	A organização do trabalho no NASF	32
3.1.2	A equipe NASF	35
3.2	ESTUDOS SOBRE NASF.....	39
3.2.1	Expectativas, potencialidades e o processo de trabalho do NASF	41
3.2.2	Desafios para consolidação do NASF.....	45
3.3	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	49
3.3.1	A institucionalização da avaliação na Atenção Básica	54
4	MÉTODOS.....	59
4.1	ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	59
4.2	ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.....	61
4.2.1	Seleção dos casos para a avaliação do grau de implantação.....	61
4.2.2	Fontes de evidências e tipo de coleta de dados	62
4.2.3	Análise	64
4.2.4	Determinação do Grau de Implantação	64
4.2.5	Estratégias para atuação do NASF e desafios à sua integração na AB	65
4.2.6	Divulgação dos resultados e retorno aos municípios	65
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	66
5	RESULTADOS.....	67
5.1	ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF: ESTUDO DE CASO EM SANTA CATARINA, BRASIL	68

5.2	ARTIGO 2: ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO E DESAFIOS NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: CASOS EXITOSOS.....	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS.....	117
	APÊNDICES	131
	APÊNDICE A - Produtos do Estudo de Avaliabilidade (EA)....	133
	APÊNDICE B - Roteiros de entrevistas.....	144
	APÊNDICE C - Roteiro de observação direta	161
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de consentimento para Gravações em Áudio.....	163
	ANEXOS.....	167
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	169

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a Atenção Primária à Saúde (APS), denominada Atenção Básica¹ (AB) é estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreende a realização de ações voltadas à promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos, riscos e doenças, ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde.

A AB orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Deve ser a coordenadora do cuidado, o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o contato preferencial do usuário e a principal porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2011). Mendes (2015) destaca que a AB deve incorporar a função resolutiva, com potencial de atender a maioria dos problemas de saúde; a função coordenadora, ao ordenar fluxos de pessoas, produtos e informações na RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população no território de atuação das equipes.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada para reestruturar e reorganizar a AB no Brasil a partir de incentivos financeiros e conta com equipes responsáveis por populações de territórios definidos. Seu escopo se baseia no trabalho em equipe com base territorial, perfil do profissional generalista, incorporação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), normatização do processo de trabalho, prevenção de doenças e promoção da saúde. Sua atuação deve ser embasada em tecnologias de cuidado que permitam identificar e resolver demandas e necessidades de saúde de maior relevância e frequência na população e território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2011).

O contexto brasileiro é marcado por significativo envelhecimento populacional e aumento das condições crônicas. Convivem doenças infecciosas, parasitárias, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva

¹ Para finalidade deste estudo, será adotada a denominação de Atenção Básica - a exemplo do MS - para referir-se à Atenção Primária em Saúde.

com o crescimento das causas externas e o desafio das condições crônicas e de seus fatores de riscos, que são fortemente atrelados a hábitos e comportamentos socialmente estruturados (MENDES, 2010; 2015). Este cenário torna ainda mais complexa a demanda para a AB.

Para que a AB desenvolva uma atuação qualificada é necessário superar alguns desafios. Cunha e Campos (2011) destacam a fragmentação da atenção, a insuficiente e inadequada responsabilização clínica, a valorização diferenciada de saberes profissional e de serviços, a ausência de interdisciplinaridade nas equipes de saúde e precariedade dos mecanismos de contrato e regulação da rede assistencial.

Estudos focados na ESF destacam também os seguintes desafios: insuficiente comunicação e articulação entre prestadores e profissionais; dificuldades para encaminhamento à atenção especializada; precária integração com a rede de atenção; ausência de cultura de colaboração entre os profissionais; baixo prestígio profissional e social de seus trabalhadores; dificuldades no desenvolvimento de trabalho em equipe; dificuldades na territorialização; poucas ações intersetoriais; pouca participação popular; e não consolidação como porta de entrada preferencial do sistema (GIOVANELLA et al., 2009; ALMEIDA et al., 2010; 2011; 2012; SILVA, 2013).

Neste contexto, a AB enfrenta desafios essenciais de forma permanente, como a ampliação progressiva de sua cobertura populacional, a integração à rede assistencial, o aumento de sua resolubilidade, ampliação da sua capacidade de compartilhar práticas e de fazer a coordenação do cuidado (BRASIL, 2010a).

Mendes (2015) enfatiza que para superar tais dificuldades se faz necessário um conjunto de mudanças na atenção à saúde e na gestão da AB, com destaque para processos de microgestão na intimidade das relações entre profissionais de saúde e usuários. Franco e Merhy (2007) defendem que mudanças no modelo assistencial se viabilizam a partir da reorganização do processo de trabalho do conjunto dos profissionais de saúde, tendo como base a articulação do conhecimento e o desenvolvimento de novas configurações tecnológicas e novos conhecimentos técnicos.

Com o intuito de fortalecer a AB, o Ministério da Saúde (MS) adotou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), destinando recursos financeiros para a contratação de profissionais de apoio de diferentes campos de conhecimento para às eqSF (BRASIL, 2008). O NASF visa ampliar a capacidade de resposta aos problemas e necessidades de saúde da população, integrar e apoiar as equipes eqSF nas atividades relacionadas ao cuidado e sua inserção na RAS. O NASF,

como integrante da AB, compartilha dos mesmos desafios.

O NASF é formado por equipe multiprofissional e está vinculado a um número variável de equipes de eqSF. Sua proposta de atuação é utilizar a metodologia de trabalho baseada no apoio matricial e na ampliação da clínica, de forma a possibilitar a corresponsabilização, a gestão integrada do cuidado e a integralidade na atenção básica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Deve atuar integrado à ESF, com base nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios de responsabilidade das equipes (BRASIL, 2010; 2014).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada – tanto assistencial quanto de suporte técnico-pedagógico – às equipes e profissionais encarregados da atenção à saúde, de maneira personalizada e interativa. A equipe e os profissionais de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário, de maneira longitudinal. Na AB, a equipe de referência é a equipe de SF, que busca criar e assegurar o vínculo entre profissionais e usuários (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A proposta vem ao encontro da clínica ampliada, que prioriza a pessoa, a família e considera o contexto, visando produzir saúde e autonomia. Utiliza como meios de trabalho a integração e interação da equipe multiprofissional, a adesão de clientela, a construção de vínculo, a elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS), a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença e a responsabilização. A compreensão da clínica passa a ser a de uma atividade comum a todos os profissionais da saúde, por isso compartilhada numa compreensão ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 2010a). Para isso, é necessária a apropriação dos casos, da história de vida e do modo de viver dos usuários por ambas as equipes, de SF e NASF, com elaboração conjunta de intervenções voltadas a integralidade do cuidado (FIGUEIREDO; FURLAN, 2013).

A interdisciplinaridade ganha ênfase no NASF, visto que sua principal proposta é apoiar as equipes da ESF por intermédio de ações conjuntas e integradas que envolvem diálogo, criatividade e flexibilidade nas formas de pensar e agir, sem desconsiderar ou negar as especificidades de cada área profissional (LOCH-NECKEL et al., 2009).

A proposição do NASF é relevante e também desafiadora, na medida em que as necessidades de saúde têm se mostrado mais complexas e relacionadas ao contexto de vida das pessoas, exigindo

atenção e atuação multiprofissional e interdisciplinar.

De acordo com o MS², no ano de 2015, aproximadamente 123 milhões de pessoas estão assistidas por 40.000 equipes de SF, abrangendo 63% da população brasileira. O crescimento de equipes NASF também foi exponencial com 4.250 implantados até o segundo semestre de 2015. Esta abrangência comprova a adesão de gestores estaduais e municipais à intervenção, embora não exista uma clara definição de componentes e critérios que reflitam sua concepção e pressupostos, de forma a orientar o monitoramento e avaliação.

Em intervenções complexas e abrangentes onde os limites entre o contexto e a intervenção não são claramente evidentes, como o NASF, estudos com objetivo de identificar diferentes graus de implantação, em diferentes contextos, são fundamentais para conhecer e acompanhar sua implantação e desenvolvimento. Apesar da abrangência alcançada, são escassos os estudos avaliativos publicados sobre o NASF. Intervenções em saúde com esta capilaridade e abrangência precisam ser acompanhadas de estudos avaliativos para verificar sua implantação e o alcance dos seus objetivos.

O pressuposto deste estudo é que o apoio da equipe NASF amplia a oferta de ações para o cuidado em saúde, potencializa a capacidade de resolução da eqSF e sua atuação está condicionada à estruturação administrativa e política local.

A tese defendida é de que a implantação e operacionalização do NASF sofre influência do contexto organizacional e político, resultando em formas distintas de implantação e de atuação.

Este estudo busca responder aos seguintes questionamentos: Qual é o grau de implantação do NASF em Santa Catarina (SC)? Quais são as estratégias utilizadas para implantação do NASF e atuação compartilhada com as eqSF? Quais os principais desafios para a integração do NASF na AB?

A estrutura deste trabalho atende às recomendações e orientações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Apresenta inicialmente os objetivos, seguido de uma revisão de literatura dividida em três blocos: caracterização da proposta do NASF a partir de suas normativas e diretrizes; estudos realizados sobre NASF; e breve contextualização da avaliação em saúde. Na sequência são descritos os métodos utilizados. Os resultados são apresentados em dois artigos científicos. O primeiro apresenta a

²O Portal da Atenção Básica é um *site* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a).

avaliação da implantação do NASF em SC e o segundo a identificação das principais estratégias de atuação e desafios do NASF nos casos considerados implantados. As considerações finais identificam os principais resultados encontrados, as contribuições que este trabalho pode oferecer à sociedade e as limitações inerentes às pesquisas científicas. Na sequência, encontram-se as referências, apêndices e anexo. Como todo trabalho científico, este não esgota a argumentação sobre o tema, mas apresenta algumas questões que, em conjunto com as de outros trabalhos, podem fornecer subsídios aos gestores, aos profissionais e a outros pesquisadores.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver o modelo lógico e uma matriz de análise e julgamento para avaliação da implantação do NASF;
- Determinar o grau de implantação dos NASF;
- Identificar as estratégias utilizadas para implantar, viabilizar e potencializar a atuação do NASF;
- Identificar desafios para integração do NASF na AB.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura está estruturada, inicialmente, com a caracterização da proposta do NASF a partir de suas normativas e diretrizes, destacando a organização do trabalho na equipe NASF e com as equipes de SF e de AB, a composição e credenciamento das diferentes modalidades e um breve histórico de sua evolução no Brasil e em SC.

A seguir estão descritos os estudos revisados sobre NASF, agrupados em duas grandes categorias. Na primeira são apresentadas as expectativas, potencialidades e a discussão e análise do processo de trabalho a partir das experiências estudadas e reflexões dos autores; na segunda o foco são os desafios apontados para a implementação e consolidação do NASF.

A avaliação em saúde está brevemente contextualizada, destacando os métodos e abordagens que serão utilizados nesta pesquisa. A institucionalização da avaliação em saúde foi abordada como proposta do MS e descrita de forma sintética a experiência desenvolvida no estado de SC.

3.1 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

Nos últimos anos o MS tem proposto iniciativas e programas com a finalidade de fortalecer a AB, entre os quais os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008). Os NASF são equipes de profissionais com núcleos de competência distintos e complementares aos da ESF, que atuam nos territórios de responsabilidade das equipes de SF. Devem atuar de maneira integrada e colaborativa e apoiar os profissionais das equipes de SF, compartilhando práticas e saberes em saúde de forma a ampliar o escopo de ofertas na AB (BRASIL, 2011). O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF (BRASIL, 2010a).

A proposta vem se estruturando gradualmente a partir de um arcabouço legal e normativo (Quadro 1). No período de 2008 a 2015 foram publicadas cinco portarias, dois cadernos de orientações e diretrizes, uma proposta de oficina para discussão do processo de

trabalho, e dois instrumentos avaliativos do PMAQ-AB. Tais publicações orientam a composição, atribuições, formas de credenciamento, financiamento, e diretrizes para o processo de trabalho das equipes.

Quadro 1: Normativas e documentos que orientam a organização e funcionamento da equipe do NASF, no período de 2008 a 2015.

Documento / Portaria	Conteúdo
Portaria MS/GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008)	Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
Caderno de Atenção Básica nº 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2010a)	Apresentação da diretrizes, organização e desenvolvimento do processo de trabalho para as equipes NASF.
Oficina de qualificação do NASF (BRASIL, 2010b)	Discussão sobre o processo de trabalho das equipes NASF, tendo como assunto disparador a Mortalidade Infantil.
Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011)	Inclusão de novas categorias profissionais, que podem chegar a um número máximo de 19 ocupações não coincidentes.
Portaria MS/GM nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a)	Redefinição dos parâmetros de vinculação do NASF modalidades 1 e 2 para equipes de SF e/ou equipes de AB para populações específicas e cria a modalidade NASF 3.
Portaria MS/GM nº 548, de 04 de abril de 2013 (BRASIL, 2013b)	Definição do valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os NASF modalidade 1, 2 e 3.
Portaria MS/GM nº 256, de 11 de março de 2013. (BRASIL, 2013a)	Estabelecimento de novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
Instrumento de autoavaliação para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. AMAQ NASF (BRASIL, 2013c)	Instrumento para autoavaliação das equipes NASF, a partir de um conjunto de padrões e respectivas práticas e competências.
Caderno de Atenção Básica nº 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (BRASIL, 2014)	Atualização das diretrizes para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Os objetivos do NASF são aumentar a oferta de ações e a resolubilidade da AB e apoiar sua integração nas redes de serviços e intersetoriais. A portaria de criação relaciona algumas ações a serem desenvolvidas e considera sua potencialidade em diversas políticas e programas: Promoção da Saúde; Integração da Pessoa com Deficiência; Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Práticas Integrativas e Complementares; Assistência Farmacêutica; Pessoa Idosa; Saúde Mental; Humanização em Saúde, Política Nacional de Assistência Social e Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

Para ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na AB, as equipes multiprofissionais devem atuar orientadas pela metodologia de trabalho e arranjo organizacional do apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Os saberes e habilidades da “especialidade” do apoiador devem ser oferecidos de acordo com as necessidades das equipes apoiadas, para a resolução conjunta de problemas clínicos e sanitários, na forma de atendimentos próprios, atividades conjuntas com as equipes apoiadas e discussão de casos (BRASIL, 2010a;2011;2014). O apoio matricial pressupõe uma relação horizontalizada e desburocratizada, e traz uma função pedagógica por meio de encontros presenciais ou não (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial tem duas dimensões, a oferta de retaguarda assistencial – produzir ação clínica compartilhada para atendimento dos usuários – e o suporte técnico pedagógico – produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos.

O apoio matricial se realiza por meio de atividades como atendimentos e intervenções conjuntas, atendimentos ou intervenções especializadas do apoiador e troca de conhecimento e de orientações. É uma metodologia de trabalho que utiliza da construção compartilhada, entre equipes de referência e apoiadores/especialistas, de diretrizes clínicas e sanitárias, critérios para acionar o apoio e definição de responsabilidade para cada profissional. Busca propiciar o contato direto entre profissional encarregado de um determinado caso e apoiador(es), a fim de rever a prática do encaminhamento, atuar com compartilhamento e corresponsabilização das ações, garantir a utilização adequada dos recursos especializados e aumentar a capacidade de cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2008; 2010a; 2014).

Na AB a aplicação do apoio matricial pode ser dar intra e interserviços. Pode ocorrer entre a AB e o hospital, entre a AB e a

atenção secundária ou entre uma equipe e outra no mesmo serviço. Sua proposta é apresentada mais como função do que como estrutura, pois possui arranjos dinâmicos e permite adaptação ao território e contexto (PASQUIM; ARRUDA, 2013).

A equipe ou profissionais de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, de forma longitudinal. Visa expandir o vínculo entre profissionais e usuários. O arranjo organizacional das equipes de referência tem como centralidade as noções de vínculo terapêutico, interdisciplinaridade e gestão colegiada, buscando superar a fragmentação das ações em saúde e o modelo médico hegemônico (CAMPOS, 1999). As equipes de SF são modelos de equipes de referência, com base no trabalho em equipe, com população definida, atenção à ampla gama de problemas, e manutenção do vínculo com a população ao longo do tempo e quando esta é atendida em outros serviços (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2010a; 2014).

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram inicialmente formulados e propostos em uma linha de pesquisa sobre reforma das organizações e do trabalho em saúde da Universidade Estadual de Campinas (CAMPOS, 1998; 1999; 2000). Derivam de uma crítica ao modelo taylorista, representado pelo alto grau de departamentalização, unidades de gestão definidas a partir de corporações ou profissões, fragmentação da gestão e da atenção e diluição da gestão sanitária e propõe um fortalecimento de métodos organizativos pautados na cogestão (CAMPOS, 1998). Constituiu-se inicialmente como estratégia para pensar a relação entre equipes da rede básica e núcleos de saúde mental; depois foi experimentada em hospitais, reabilitação, Centros de Referência para AIDS.

Nas décadas de 1990 e 2000 foram testados nas regiões metropolitanas de Campinas-SP e Belo Horizonte-MG, em hospitais, serviços de atenção básica e de saúde mental. A partir de 2003, foram incorporados como diretrizes de políticas e programas de algumas áreas do MS, como a área técnica de saúde mental, o Departamento de Atenção Básica e a Política Nacional de Humanização (PNH) (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011). A função apoio é proposta pela PNH como diretriz e dispositivo para alteração das práticas de gestão e atenção das equipes de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2009a).

O Apoio Matricial se refere a um conjunto de conceitos sobre como fazer o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde, em cogestão, de maneira compartilhada, ou

seja, é uma metodologia de trabalho (CAMPOS, 1999). Ainda que seja uma metodologia para organizar o trabalho interprofissional, pode ser entendido também como arranjo organizacional ou lugar estrutural, o que ocorreu com a criação dos NASF (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Campos (1999) diferencia arranjos organizacionais de dispositivos. Para o autor, dispositivos são combinações de recursos, utilizados para alterar o funcionamento das organizações, porém sem fazer parte da estrutura, geralmente com caráter episódico. O autor defende o uso do apoio matricial como um arranjo organizacional com a finalidade de alterar a estrutura gerencial e o modelo de atenção. O apoio matricial busca instituir as diretrizes da gestão colegiada e da interdisciplinaridade, ampliando a oferta de ações e terapêuticas de forma singular aos usuários. Considera que a reforma das práticas em saúde é dependente da reformulação das relações nos serviços de saúde, de forma a aumentar o vínculo entre usuários e equipes de saúde e entre as equipes de serviços diferentes (CAMPOS, 1998; CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2013).

O apoio matricial pretende ser complementar a outros mecanismos como protocolos de acesso, formulários de referência e contrarreferência e centrais de regulação. É indicado, sobretudo, para problemas complexos, crônicos e multidimensionais, em que a responsabilidade pelo cuidado do usuário tende a ser dividida entre várias especialidades, gerando intervenções fragmentadas e pouco eficazes (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2013). Propõe a reorganização dos serviços de saúde que operam segundo a lógica de unidades de produção. Esta forma de organização promoveria a combinação de saberes técnicos distintos no manejo de problemas comuns, transformando uma estrutura de trabalho centrada nas funções ou categorias profissionais numa estrutura de trabalho embasada por projetos terapêuticos (BRASIL, 2009a).

Campos e Domitti (2007) definem a proposta do apoio matricial como um arranjo organizacional e uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. A utilização do apoio matricial nos níveis da organização do sistema e também nas práticas clínicas contribuiria para aumentar a efetividade e eficiência do sistema e também promover autonomia, vínculo e responsabilização dos usuários. Defendem que o uso de equipes matriciais como dispositivos transitórios para atenuar os efeitos da especialização e da departamentalização seriam insuficientes para promover mudanças organizacionais, tendo em vista o caráter temporário destes dispositivos

e a manutenção da estrutura vertical de poder, que continuaria centrada em departamentos funcionais.

Cunha e Campos (2011) defendem a mudança estrutural nas organizações de saúde como uma possibilidade de construir uma cultura organizacional democrática e um manejo do conhecimento que valorize a singularidade dos casos e possibilite uma troca e ampliação dos saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial.

O apoio matricial na AB seria um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho com as finalidades de limitar a fragmentação da atenção; consolidar a responsabilização clínica; ampliar as possibilidades de continuidade da atenção com maiores gradientes de vínculo; valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais (OLIVEIRA, 2013).

Após algumas experiências prévias à ESF e NASF, como a de Sobral e Campinas o apoio matricial se capilarizou no país, acumulando arranjos institucionais e novas experiências (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013). Atualmente o apoio matricial orienta a organização do trabalho no NASF.

3.1.1 A organização do trabalho no NASF

As ações do NASF são direcionadas para dois públicos: as equipes de referência e os usuários do SUS. Nas equipes de referência estão incluídas as equipes de SF e equipes de AB para populações específicas como consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais.

As diretrizes nacionais indicam que a organização do trabalho no NASF incorpora os conceitos basilares da AB, entre eles a territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe, ação interdisciplinar e intersetorial, integralidade, participação social, aumento da capacidade de autonomia individual e coletiva da população. Incorpora, portanto, as diretrizes da AB e seu território corresponde ao conjunto de territórios de suas equipes de referência. As equipes NASF devem utilizar o espaço das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do território adscrito e atuar a partir das demandas identificadas em conjunto com as equipes de referência, de forma integrada à RAS. Não está previsto um espaço específico para sua atuação. O NASF apoia as equipes para o desenvolvimento de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na lógica da integralidade. No limite, também produz a atenção individual na mesma direção

(BRASIL, 2010a;2011;2014).

A proposta de trabalho do NASF deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar. A interdisciplinaridade se caracteriza pela troca dos diferentes saberes, técnicas e metodologias implicadas no fazer coletivo, capacitação e responsabilidades mútuas, onde todos buscam a superação das fronteiras das disciplinas, de acordo com as demandas que chegam à unidade de saúde (BRASIL, 2014). De acordo com Furtado (2007), a interdisciplinaridade tem um papel de identificar e nomear uma mediação possível entre os diferentes saberes e competências, e garantir a convivência criativa com as diferenças. Difere da prática multidisciplinar que se vincula à sobreposição dos diferentes saberes, sem necessariamente dialogarem ou buscarem objetivos comuns.

Dessa forma o trabalho do NASF deve ampliar a capacidade de cuidado das equipes, com práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações. O compartilhamento de intervenções e o manejo de determinadas situações, com apoio pedagógico e transferência de tecnologia de conhecimentos específicos, podem ampliar a oferta e o escopo de ações na AB (BRASIL, 2014).

Para atender as diretrizes e a diversidade das demandas, a equipe NASF precisa organizar o seu trabalho por meio do apoio matricial e da ampliação da clínica, proporcionando a construção de momentos relacionais onde se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas.

No encontro entre equipe ou profissional de apoio matricial e a equipe de referência, o objetivo é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação ou reformulação e execução de um projeto terapêutico singular (PTS) para um sujeito individual ou coletivo, que necessita de uma intervenção em saúde. Este processo contribui para a ampliação e qualificação da clínica e organização de uma linha de cuidado contínua, rompendo com a fragmentação do cuidado que prejudica a integralidade da atenção.

O trabalho envolve a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento, organização e estruturação de espaços para desenvolver ações clínicas compartilhadas, intervenções específicas dos profissionais do NASF com usuários e famílias e ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade (BRASIL, 2010a; 2014).

A proposta da clínica ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica e significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. Caracteriza-se por:

compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho para pessoas ou grupos de pessoas; comunicação horizontal na equipe e entre equipes e incorporação de técnicas relacionais; enfrentamento da neutralidade e do não envolvimento prescrito nas graduações.

Algumas ferramentas tecnológicas foram recomendadas para o desenvolvimento do trabalho no NASF na lógica do apoio matricial e da ampliação da clínica. De apoio à gestão, como a Pactuação do Apoio, e de apoio à atenção, das quais são exemplos: o PTS e o Projeto de Saúde no Território (BRASIL, 2010a).

A pactuação do apoio está descrita em duas atividades: avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde; e pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe de SF e a participação social.

O PTS é a elaboração entre profissionais de uma equipe interdisciplinar de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas. Pode ser para um sujeito individual ou coletivo e, geralmente, é utilizado para casos mais complexos. Pressupõe articulação entre os profissionais, organização das reuniões de equipe como espaços coletivos sistemáticos de discussão, reflexão, compartilhamento e corresponsabilização, com horizontalização de poderes e conhecimentos (OLIVEIRA, 2013; BRASIL 2010a;2014). Sua construção deve contemplar: diagnóstico e análise, definição de ações e metas, divisão de responsabilidades com definição de responsável e reavaliação (BRASIL, 2014).

O Projeto de Saúde no Território pretende ser uma estratégia conjunta das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais. Caracteriza-se por: identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco; compreensão e aprofundamento da situação ou necessidade em saúde; definição dos objetivos, estabelecimento das ações e identificação de outros atores sociais e/ou instituições importantes para o projeto.

As normativas atuais não fazem referência nominal às ferramentas tecnológicas acima descritas. Estabelecem ações que devem ser priorizadas no processo de trabalho, orientadas de forma estratégica e central no apoio matricial, nas dimensões clínica, sanitária e pedagógica. São exemplos destas atividades: discussões de casos; atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas; atendimentos

individuais e posteriormente compartilhados com as equipes; construção conjunta de projetos terapêuticos singulares; educação permanente; ações de prevenção e promoção da saúde; visitas domiciliares; participação em grupos; intervenções no território e em espaços da comunidade; ações intersetoriais; apoio e discussão acerca da organização do processo de trabalho das equipes de referência (BRASIL, 2014).

Essas diretrizes devem ser adaptadas a cada contexto e consoantes com a conformação profissional de cada equipe NASF.

3.1.2 A equipe NASF

A composição da equipe NASF deve ser definida pelos gestores municipais mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de diferentes ocupações. Recomenda-se que esta definição seja precedida de consulta às equipes de SF e representantes do controle social.

Cada NASF tem sua composição definida pela gestão municipal a partir de um elenco de profissões da área da saúde, diferindo da equipe de SF que tem composição fixa. São elas: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatria, Intensivista, Médico do Trabalho, Veterinário, profissional com formação em Arte e Educação e Sanitarista (BRASIL, 2011).

O NASF deve se vincular a um número variável de equipes de SF, número que tem diminuído desde sua criação. Em 2008, este número era de 8 a 20 equipes de SF por NASF modalidade 1, composto por no mínimo cinco profissionais; e de 3 a 7 equipes de SF por NASF 2, composto por no mínimo três profissionais. Em 2011, o número máximo de equipes vinculadas ao NASF 1 diminuiu de 20 para 15. Em dezembro de 2012, o número máximo de equipes de SF por NASF passou a ser de 9, e foi criado o NASF 3, para municípios com uma ou duas equipes de SF, o que permite universalizar os NASF para todos os municípios brasileiros que possuam equipes de SF (BRASIL, 2008; 2011; 2012a).

Importante ressaltar que no caso do NASF Modalidade 3 o MS admite que poderá constituir uma equipe ampliada, incorporando as novas categorias na equipe de atenção básica, e que, neste caso, a distinção entre NASF 3 e equipes de SF será mais formal que real. Esta

configuração permite ações mais intensivas e próximas das equipes de SF e da população. O MS orienta sobre a necessidade de pactuação de fluxos e de atividades intraequipe, a fim de permitir o enriquecimento e ampliação das competências de todos os profissionais, evitando apenas agregar mais oferta e ações isoladas e pontuais (BRASIL, 2014).

Atualmente não há um número fixo de profissionais por equipe NASF. O credenciamento junto ao MS se dá pela soma das cargas horárias semanais de todos os profissionais tendo limitada a carga horária mínima e máxima por categoria ocupacional. A carga horária mínima por equipe varia entre 80 e 200 horas e definirá a modalidade NASF.

As normas possibilitam diversas composições e com isso a devida adequação às necessidades e possibilidades de cada município. Os NASF podem ser vinculados a equipes de SF ou a equipes de AB para populações específicas, como as equipes de Consultório na Rua e equipe ribeirinha e fluvial, e à Academia de Saúde. O Quadro 2 sintetiza os parâmetros de vinculação vigentes a partir de 2012 (BRASIL, 2012a; 2014).

Os gestores recebem do MS repasse mensal para custeio dos NASF, por meio de transferências fundo a fundo, de forma semelhante ao financiamento das equipes de SF. Para implantação das equipes NASF o município recebe, em parcela única, o valor de R\$ 20.000,00 para NASF 1; R\$ 12.000,00 para NASF 2; e R\$ 8.000,00 para NASF 3 (BRASIL, 2012a).

Quadro 2: Modalidades (M) dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, conforme a Portaria nº 3.124 de 28/12/2012.

MODALIDADES	Nº DE EQUIPES VINCULADAS	SOMATÓRIO DAS CARGAS HORÁRIAS SEMANAIS
NASF 1(M1)	5 a 9 equipes de SF e/ou de AB	Mínimo de 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal.
NASF 2 (M2)	3 a 4 equipes de SF e/ou de AB	Mínimo de 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.
NASF 3 (M3)	1 a 2 equipes de SF e/ou de AB	Mínimo de 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Fonte: Brasil(2012a; 2014).

O estado SC fez a opção, em 2009, de possibilitar a inclusão dos municípios que não atendiam aos critérios federais da Portaria nº 154 (BRASIL, 2008). Para tanto criou e financiou duas modalidades NASF SC. O NASF SC 1 apoiava de 4 a 7 equipes de SF com repasse mensal de R\$ 8.000,00. O NASF SC 2 apoiava de 1 a 3 equipes de SF com repasse de R\$ 4.000,00 mensais. Esta política de financiamento estadual possibilitou uma experiência singular e antecipada em relação ao cenário nacional.

A divulgação da Portaria nº 3.124 de 28/12/2012 redefiniu os parâmetros da modalidade federal NASF 2 e criou o NASF 3, mas os valores de financiamento para estas novas modalidades foram definidos posteriormente na Portaria nº 548 de 04/04/2013. Após esta publicação, iniciou-se um processo de adaptação e migração dos NASF SC para as modalidades federais (BRASIL, 2012a; 2013b).

No período de 2009 até o primeiro quadrimestre de 2013, no estado de SC foram implantados 123 NASF SC, localizados em 123 municípios. Durante o processo de migração e adaptação dos NASF SC para credenciamento junto ao MS como NASF federais, o governo estadual manteve o financiamento das equipes até a finalização do processo e o recebimento de custeio federal. No ano de 2013, o governo de SC redefiniu sua política de apoio financeiro ao NASF, assumindo o papel de cofinanciador de todas as modalidades credenciadas. O Quadro 3 apresenta a origem e os valores de financiamento das equipes SC.

Quadro 3: Valores de financiamento para custeio mensal dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Santa Catarina, 2014.

MODALIDADES	RECURSO FEDERAL (em R\$)	RECURSO ESTADUAL SC COFINANCIAMENTO (em R\$)
NASF 1 (M1)	20.000,00	3.000,00
NASF 2 (M2)	12.000,00	2.500,00
NASF 3 (M3)	8.000,00	2.000,00

Fonte: Brasil (2013a); Santa Catarina (2013).

A distribuição das equipes NASF no estado de SC, segundo modalidade, está apresentada no Quadro 4. Até o início de 2014 foram implantadas 215 equipes NASF, sendo 175 (81%) NASF Federais e 40 (19%) NASF SC.

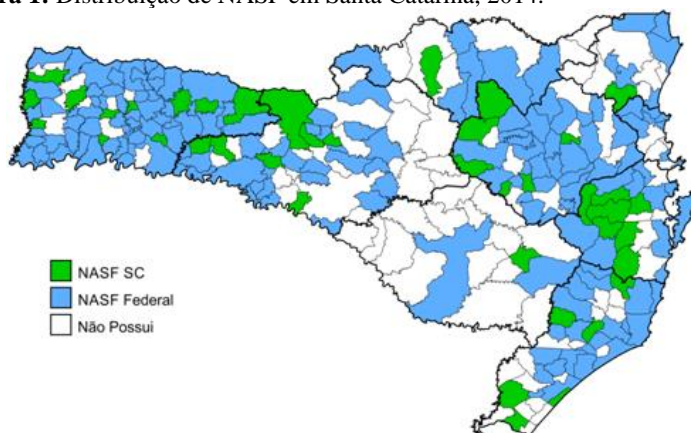
Quadro 4: Núcleos de Apoio à Saúde da Família de acordo com Modalidade. Santa Catarina, abril de 2014.

Tipos de NASF	Número de NASF Implantados
NASF Federal Modalidade 1 (M1)	79 (37%)
NASF Federal Modalidade 2 (M2)	42 (20%)
NASF Federal Modalidade 3 (M3)	54 (25%)
NASF SC 1(de 4 a 7 equipes SF)	03 (01%)
NASF SC 2(de 1 a 3 equipes SF)	37 (17%)
Total	215 (100%)

Fonte: Brasil (2015a); Santa Catarina (2014).

Na Figura 1 se observa a distribuição espacial das equipes NASF em SC em 2014. As equipes estão presentes em 189 (64%) dos 295 municípios. A distribuição não se dá de forma homogênea, concentrando-se na região oeste e litorânea catarinense. Os municípios que não possuem NASF (106) estão, na sua maioria, concentrados na faixa central do estado, que corresponde às macrorregiões do Meio Oeste e Serra Catarinense, e também em aproximadamente metade dos municípios das macrorregiões Norte e Nordeste. Importante ressaltar que os NASF SC estão em processo de migração para Modalidade de NASF Federal.

Figura 1: Distribuição de NASF em Santa Catarina, 2014.



Fonte: Brasil (2015a); Santa Catarina (2014).

3.2 ESTUDOS SOBRE NASF

Para sistematizar a publicação de artigos científicos sobre o tema foram consultadas as bases bibliográficas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências - LILACS (72); ScientificElectronic Library Online – SciELO (30), e Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE (2), via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), mantida pela BIREME/OPS/OMS (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>). Foram utilizados os termos de busca “núcleo de apoio à saúde da família” OR “núcleos de apoio à saúde da família”, assumidos todos os campos e definida como data inicial de busca o ano 2008. A última atualização data de 01 de outubro de 2014.

Foram excluídos artigos repetidos nas bases de dados, teses, dissertações, trabalhos publicados em anais de eventos científicos, editoriais e documentos do MS, resultando em 53 artigos.

A seleção dos estudos foi realizada conforme as seguintes etapas: leitura dos títulos dos artigos; leitura dos resumos; leitura na íntegra dos artigos selecionados a partir dos resumos. Nesta etapa, foram excluídos artigos repetidos na mesma base de dados (3), e aqueles onde o NASF é citado, mas não é objeto de análise (8), resultando em 42 artigos para leitura completa.

A publicação dos artigos tem início em 2010, dois anos após a criação do NASF. Foram selecionados cinco artigos de 2010, quatro de 2011, onze de 2012, quinze de 2013 e sete artigos até setembro de 2014. Todas as publicações estão editadas em periódicos nacionais.

A maioria dos estudos (25) versa sobre relato ou análise de experiências municipais ou regionais, concentradas nas regiões Nordeste (12), Sudeste (11) e Sul (2). Três estudos foram sobre experiências de residentes e alunos de pós-graduação das Universidades, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Não houve publicação oriunda das regiões Norte e Centro Oeste do país. Os demais estudos são de revisão (5), reflexão teórica (5), análise nacional da inserção de uma categoria profissional (2), análise nacional das ações de alimentação e nutrição (01), análise estadual de composição e distribuição de equipes NASF (1).

Na região Nordeste os estudos realizados a partir das experiências municipais estão assim distribuídos: Fortaleza-CE (2), Juazeiro do Norte-CE (1), Sobral-CE (1), Recife-PE (2), região metropolitana do Recife-PE (1), Camaragibe-PE (1), Arapiraca-AL (1), Campina Grande-PB (1), João Pessoa-PB (1), e ainda um deles analisa experiência em 12 municípios da Paraíba.

Na região Sudeste, os estudos realizados em municípios estão concentrados no estado de São Paulo (7), sendo seis da capital e um de Guarulhos. Outras quatro publicações tratam de municípios do estado de Minas Gerais e analisam experiências de Belo Horizonte (2), Governador Valadares e por último de um município que não foi mencionado e é descrito como de médio porte.

Na região Sul foram encontrados dois estudos oriundos do estado do Paraná: um de Maringá e outro em municípios da região norte daquele estado.

De um modo geral, há predomínio de estudos qualitativos sobre NASF, com foco na inserção de categorias profissionais, no processo de trabalho, na descrição de perfil e artigos de revisão ou opinião.

Uma análise geral dos artigos permite identificar dois grandes blocos: artigos que tratam do NASF de forma generalizada como equipe de saúde (16) e artigos com foco na inserção e atuação de categorias profissionais de forma individualizada (26), apesar do trabalho no NASF ser essencialmente interdisciplinar e compartilhado.

No grupo de publicações que trata do NASF como uma equipe de saúde os temas abordados foram: processo de trabalho (9), condições de trabalho dos profissionais (1), percepção dos usuários sobre o NASF (1), perfil de equipes (1), discussão teórica (2), e revisão de literatura (2). Não foram localizadas publicações de estudos avaliativos sobre o trabalho da equipe NASF no período analisado.

No conjunto de artigos cuja temática foi a inserção e atuação de uma categoria profissional no NASF observou-se a seguinte distribuição: inserção e atuação da fonoaudiologia (6), educação física (5), fisioterapia (4), terapia ocupacional (4), psicologia (4), psiquiatria (1), nutrição (2). As demais categorias não foram objeto de publicação. Apenas um estudo avaliativo foi localizado neste grupo, sobre a atuação da fonoaudiologia no NASF.

Nesta revisão optou-se por apresentar uma síntese das produções selecionadas em duas grandes categorias, apresentadas nas duas próximas subseções. A primeira aborda as expectativas, potencialidades, caracterização de atividades desenvolvidas e processo de trabalho. A segunda identifica as dificuldades e desafios para consolidação da proposta NASF.

3.2.1 Expectativas, potencialidades e o processo de trabalho do NASF

O primeiro bloco de estudos foi composto, em sua maioria, por análises de experiências municipais que abordavam de forma central questões do processo de trabalho da equipe NASF e da inserção e atuação de categorias profissionais na equipe.

Os artigos caracterizam o NASF como “inovador”, “pioneiro”, “recente”, “novo”, “desafiador”, “em construção”, “ambicioso” o que reforça discursivamente que a práxis está se dando em campo, no cotidiano, e está em processo de construção e maturação (HORI; NASCIMENTO, 2014; LEITE, NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; MOURA; LUZIO, 2014; ANJOS et al., 2013; LANCMAN et al., 2013; LEITE, ANDRADE; BOSI, 2013; REIS; VIEIRA, 2013; PASQUIM; ARRUDA, 2012; SILVA et al., 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O estudo de Silva et al.,(2012) apresenta as expectativas do trabalho NASF por meio do relato da construção de proposta para atuação do NASF elaborada em conjunto por profissionais da AB e gestores. A expectativa é a de que o NASF potencialize a integralidade e a resolutividade da AB, diminua encaminhamentos desnecessários, articule com os outros níveis de atenção, contribua para a discussão da formação dos profissionais e estimule reflexão com gestores sobre a mensuração dos resultados e indicadores de saúde vinculados à qualidade do cuidado.

Sampaio et al., (2012) expressam as potencialidades do NASF ao buscar identificar em que medida o NASF atua como dispositivo de gestão, ou seja, faz operar determinada forma de organizar a rede local de saúde. Identificou-se que os documentos ministeriais permitem diversas interpretações sobre a organização dos NASF e seu papel na rede de saúde; e ainda, que expressam as concepções do modelo de atenção de cada contexto local, permitindo a existência concomitante de diferentes modelos. Concluem que é possível esperar diversas conformações de NASF, segundo o direcionamento dado pelas gestões locais de saúde. Ao abrir espaço para adequações a diversos modos de atuar em diferentes territórios, as normativas ministeriais permitem que o NASF também possa reforçar formas tradicionais de atenção, em oposição ao modelo recomendado.

A prática do PTS desenvolvida pelas equipes de saúde mental no NASF foi analisada em estudo realizado em Guarulhos-SP, e demonstra que a sua elaboração esbarra na indefinição do objeto de trabalho -

atenção, apoio matricial ou apoio à gestão - na precariedade das condições de trabalho e na sobreposição de funções. Aponta a necessidade de analisar a viabilidade do PTS considerando as características e particularidades da AB (HORI; NASCIMENTO, 2014). Em estudo de caso, realizado em São Paulo-SP, evidenciou-se que o PTS e o apoio matricial são estratégias de organização do trabalho pouco adotadas pelos profissionais da AB, que precisam ser consolidadas, o que exige ajustes no processo de trabalho tanto das equipes de SF quanto da equipe NASF (LANCMAN et al., 2013).

O processo de colaboração interprofissional no NASF foi objeto de estudo desenvolvido em Sobral-CE e constatou que o arranjo dos NASF naquele contexto não possibilitou o desenvolvimento de práticas colaborativas de forma eficaz. Embora a comunicação interprofissional fosse estimulada pelo método da roda, que consiste em reuniões semanais com trabalhadores e gerência onde são tomadas decisões sobre os problemas cuja governabilidade está na equipe, foram poucos os posicionamentos críticos e propositivos que evidenciassem o coletivo. O estudo questiona também a participação da equipe para o planejamento, gestão em saúde e identificação de áreas que precisam de intervenções, e a fragilidade de certos arranjos organizacionais como, por exemplo, a ênfase no trabalho ambulatorial ao invés do apoio matricial (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

A função apoio no NASF foi discutida e analisada a partir de experiência do município de Maringá-PR. Além do apoio matricial e do apoio à gestão, recomendados pelas diretrizes do trabalho no NASF, foi verificada a incorporação do apoio institucional. Identificaram como ações de apoio realizadas pelos profissionais do NASF a participação nas reuniões das equipes de SF, participação nas reuniões gerais das UBS, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde como grupos e atividades do calendário de saúde, e ações de apoio institucional. Profissionais do NASF foram designados como apoiadores institucionais para estruturação das redes temáticas, apoio ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS). O município assumiu a concepção de apoio institucional dado pela PNH, como estratégia metodológica que objetiva construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres. Os autores concluem que a dinâmica da função apoio no NASF permite a emergência tanto do apoio matricial quanto do apoio institucional, embora este último não esteja mencionado como possibilidade nas diretrizes e portarias (MOURA; LUZIO, 2014).

Os estudos revisados que relatam aspectos do processo de trabalho das diversas categorias indicam que as atividades estão sendo construídas no cotidiano, a partir do contexto em que estão inseridas e das especificidades das profissões. Os profissionais necessitam transitar da clínica tradicional para a ampliação da clínica, construindo práticas relacionais e interdisciplinares em campo. De forma sintética as ações comuns a todas as categorias profissionais são: discussão de casos em equipe, atendimentos compartilhados, educação permanente, atividades educativas junto à comunidade, ações interdisciplinares, visitas domiciliares, trabalhos com grupos e atividades coletivas. Há pouca menção de trabalhos intersetoriais e de articulação com a RAS e com outras redes (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; AZEVEDO; KIND, 2013; FERNANDES; NASCIMENTO; SOUZA, 2013; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; BEZERRA et al., 2010).

Algumas áreas concentram suas ações em atendimentos clínicos individuais demandados tanto pelas equipes quanto pela população, a exemplo da psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e nutrição (FERNANDES; NASCIMENTO; SOUZA, 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; COSTA et al., 2013; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; DIBAI FILHO; AVEIRO, 2012; CERVATO-MANCUSO, 2012; BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010). Na área da reabilitação, o atendimento clínico dos profissionais do NASF foi apontado como ferramenta essencial para ampliação e garantia de um adequado processo terapêutico (REIS et al., 2012).

Estudos do processo de trabalho da fonoaudiologia e da psicologia destacam a importância do suporte aos agentes comunitários, profissionais que pode assegurar a detecção precoce dos casos, acompanhamento no domicílio e a articulação com a equipe (MOLINI-AVEJONAS et al., 2014; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013).

A fisioterapia revela uma atenção mais voltada para a reabilitação do usuário, com atendimento individual, visitas domiciliares e orientação aos cuidadores, ainda com dificuldades na atuação interdisciplinar, mas aponta o NASF como conquista, pois é a primeira aproximação da fisioterapia na AB a partir de uma política de saúde (FORMIGA; RIBEIRO, 2012; DIBAI FILHO; AVEIRO, 2012; AVEIRO et al., 2011).

A inserção da terapia ocupacional foi analisada por Lima e Falcão (2014), que identificaram o enfoque no desempenho funcional, prevenção de incapacidades, reabilitação e inclusão social. Estudo identificou a necessidade de divulgação do papel e atuação do terapeuta ocupacional na AB, desconhecidos da maioria das categorias

profissionais (REIS; VIEIRA, 2013). Experiência com alunos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na atuação conjunta com as equipes de SF e NASF demonstrou que esta aproximação contribuiu com a construção de uma nova prática em campo, complementando a formação na graduação (PAIVA et al., 2013).

A atuação da psicologia é discutida como contribuição na construção coletiva da clínica a partir das provocações do cotidiano, como forma da equipe questionar e se fortalecer pelo diálogo (SUNDFELD, 2010). Na condição de profissional preocupado com a subjetividade, o psicólogo é considerado um potencial promotor do diálogo entre as especialidades podendo fortalecer o trabalho em equipe a partir de questionamentos sobre os valores que perpassam as definições de saúde ampliada, e desta forma colaborar na superação das práticas individualistas e assistencialistas que discriminam e generalizam as diversidades (SILVA; CARDOSO, 2013).

A atuação do profissional de educação física na AB tem como capacidade contribuir para a melhoria e qualidade de vida dos usuários, com o desenvolvimento de atividades físicas/práticas corporais de forma prioritária na população idosa e portadores de doenças crônicas contribuindo para que se tornem fisicamente ativos. As atividades mais desenvolvidas são as caminhadas e o fortalecimento muscular, e em menor proporção exercícios de coordenação motora e atividades lúdicas (RODRIGUES et al., 2013; SOUZA; LOCH, 2011). A instituição do Programa Academia da Saúde em 2011 com disponibilidade de infraestrutura, equipamentos e espaços adequados para atividades físicas auxiliam e potencializam a atuação desta categoria profissional (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Cervato-Mancuso et al., (2012) em estudo de análise da atuação do nutricionista no NASF, identificaram que a faixa etária menos atendida é a infantil, e a maioria das ações está voltada para o tratamento dietético de indivíduos portadores de doenças e agravos não transmissíveis. O espaço da AB foi apontado como privilegiado para ações de alimentação e nutrição, e a presença do nutricionista pode potencializar esta utilização (PIMENTEL et al., 2014).

Estudo de caracterização da implantação de NASF no Brasil identificou como categorias mais presentes: fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social e educação física. A inserção do médico foi baixa (SANTOS; BENEDETTI, 2012). No estado do Paraná também foram identificadas as mesmas categorias como mais presentes: fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas (TOMAZZI; RIZZOTTO, 2013).

É possível constatar que os NASF apresentam diversas conformações e finalidades: ampliação da resolubilidade; ampliação da integralidade; ampliação da abrangência e do repertório de ações; integração assistencial; qualificação da atenção; garantia de continuidade; educação permanente e profissional; integração interdisciplinar e responsabilização clínica.

A proposta de NASF apresenta potencialidade de ampliação da clínica, promoção de diálogos e interações na construção do trabalho em equipe, ampliação da autonomia da equipe de SF, revisão e qualificação do encaminhamento para outros pontos de atenção e incorporação de novas categorias profissionais na AB.

3.2.2 Desafios para consolidação do NASF

A segunda grande categoria identificada nos estudos aponta as dificuldades para o desenvolvimento em campo da proposta NASF e os desafios para sua consolidação.

Para que os NASF possam desenvolver práticas articuladas e colaborativas de forma a possibilitar um trabalho interdisciplinar, sobretudo na qualidade das relações, estudos evidenciam a necessidade de mudança na forma de atuação tanto das equipes de SF quanto da equipe NASF (HORI; NASCIMENTO, 2014; ANJOS et al., 2013; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; FERNANDES; NASCIMENTO; SOUZA, 2013; COSTA et al., 2013; FALCI; BELISÁRIO, 2013; RODRIGUES et al., 2013; SILVA et al., 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A precariedade das condições estruturais e de trabalho, dificuldade de gerenciamento dos conflitos relacionais, ênfase no trabalho ambulatorial em detrimento do apoio matricial, dificuldades para organização do trabalho e de espaços para atuação e interação da equipe NASF são apontados como entraves para o desenvolvimento de práticas colaborativas e interdisciplinares (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; LANCMAN et al., 2013; ANJOS et al., 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; AZEVEDO; KIND, 2013; COSTA et al., 2013; REIS; VIEIRA, 2013; FALCI; BELISÁRIO, 2013; RODRIGUES et al., 2013).

Normativas e diretrizes abrangentes sobre o processo de trabalho, inserção e atuação dos profissionais, não especificam, discriminam, nem dão suporte para a prática cotidiana, exigindo que a prática se construa em campo, permitindo múltiplas formas de atuação e modelos

assistenciais (HORI; NASCIMENTO, 2014; AZEVEDO; KIND, 2013; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; LANCMAN; BARROS, 2011).

Cunha e Campos (2011) apontam que, por ser uma experiência de utilização do conceito de equipe de referência e apoio matricial, o NASF enfrenta o desafio da necessidade de transformações organizacionais na direção da democracia organizacional, mudança nas relações de poder, valorização dos trabalhadores e de equilíbrio com a eficácia clínica. Os autores apontam ainda que o NASF enfrenta problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, o que pode induzir sua utilização de forma substitutiva. A ausência da prática do apoio matricial por outros serviços da rede pode dificultar e aumentar o trabalho da equipe NASF, tendo em vista a necessidade do aprendizado da prática e o isolamento da AB na relação com a rede assistencial. Os autores indicam a necessidade de que a receptividade da proposta seja incentivada pelos gestores por meio do estabelecimento de contratos que a contemplem.

O NASF enfrenta alguns desafios específicos de um programa recém-criado, como por exemplo, diretrizes que recomendam tecnologias de trabalho ainda não incorporadas à AB; indefinição sobre como exercer a função apoio; baixa cobertura de profissionais; grande número de equipes de SF e de territórios para apoiar; composição das equipes nem sempre condizente com as necessidades da população adscrita; utilização da equipe para cobrir a demanda de outros níveis de atenção; dificuldades para articulação funcional com outros níveis de atenção, em especial com o secundário, e para articulações intersetoriais e também antigos obstáculos do SUS, como a precarização do trabalho (HORI; NASCIMENTO, 2014; MOURA; LUZIO, 2014; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; ANJOS et al., 2013; LANCMAN et al., 2013; ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; REIS; VIEIRA, 2013; RODRIGUES et al., 2013; PASQUIM; ARRUDA, 2012; SILVA et al., 2012; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; PASQUIM; ARRUDA, 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O trabalho colaborativo pressupõe uma relação horizontalizada entre os profissionais e a dificuldade na distribuição do poder corporativo entre as profissões pode estar prejudicando esta prática (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013). A superação destes desafios é de ordem política e perpassa pela valorização dos trabalhadores e da retomada dos princípios da Reforma Sanitária (PASQUIM; ARRUDA, 2013).

O debate democrático na equipe NASF e com a equipe de SF

pode possibilitar o estabelecimento de um campo comum de atuação interprofissional, todavia é um processo em permanente construção e necessita de constante pactuação, na medida em que novas categorias profissionais vão se incorporando na AB (ELLERY et al., 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013).

A percepção sobre qualidade de vida dos profissionais do NASF foi verificada em São Paulo – SP. Os profissionais identificaram aspectos que afetam sua qualidade de vida e podem facilitar ou prejudicar o trabalho: a infraestrutura, a maturidade e a autonomia profissional, a sobrecarga, a satisfação e a identificação com o trabalho, o trabalho em equipe e o relacionamento interpessoal. Apontam que o trabalho no NASF vem sendo reestruturado constantemente, e o desacordo entre a formação acadêmica e o recomendado para a atuação gera insegurança, conflitos no ambiente de trabalho, sofrimento e adoecimento, impactando na qualidade de vida do trabalhador e demanda atenção por parte da gestão (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

A proposta de NASF é desafiadora para atender a demanda da psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional, que têm uma característica de atuação pautada em atendimentos clínicos e reabilitação. Além disso, foram identificados entraves para a atuação intersetorial e interdisciplinar na AB, que pressupõe a troca de saberes, metodologias e técnicas para um fazer coletivo, sendo mais comum a atuação multiprofissional ou multidisciplinar, que se caracteriza pela sobreposição dos diferentes saberes, sem que necessariamente a ação se dê pelo diálogo e busca de objetivos comuns. O foco do NASF em ações colaborativas conflita com as demandas dos usuários por atendimentos de reabilitação, sobretudo na ausência dos serviços nos demais níveis de atenção. Nestes casos, a falta de recursos materiais adequados para as ações de reabilitação gera condições precárias para o atendimento resolutivo (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; AZEVEDO; KIND, 2013; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; LANCMAN; BARROS, 2011). Entretanto, o NASF pode representar uma estratégia de promoção da ampliação do acesso e da integralidade do cuidado, atuando de forma conjunta e corresponsável com as equipes de SF na gestão integrada do cuidado e de uma melhor qualificação dos encaminhamentos aos serviços de referência em reabilitação (REIS et al., 2012).

A formação insuficiente na graduação para o desenvolvimento das práticas recomendadas para o trabalho no NASF, para a AB e para o SUS, é apontada em vários estudos como o entrave principal para a consolidação deste modelo de atuação, exigindo que a prática se

construa a partir de cada contexto, em aprendizado coletivo e cotidiano (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; PASQUIM; ARRUDA, 2013; TOMAZZI; RIZOTTO, 2013; SAMPAIO et al., 2012; SILVA et al., 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; BEZERRA et al., 2010). Esta insuficiência também é apontada nos estudos que analisaram a inserção e atuação da psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e da educação física (LIMA; FALCÃO, 2014; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; AZEVEDO; KIND, 2013; FERNANDES; NASCIMENTO; SOUZA, 2013; COSTA et al., 2013; FALCI; BELISÁRIO, 2013; RODRIGUES et al., 2013; DIBAI FILHO; AVEIRO et al., 2012; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; SCABAR; PELICIONI, A. F; PELICIONI, M. C. F, 2012; SOUZA; LOCH, 2011; BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010). A pós-graduação e educação permanente dos profissionais em serviço a partir da vivência cotidiana são apontadas como formas de suprir esta deficiência, mas as reformas curriculares são necessárias e prementes.

Os estudos permitem identificar que não há consenso sobre o modelo de implantação e sobre as finalidades dos NASF, existindo propostas de sua ação como dispositivo de atenção, de apoio à gestão, de apoio matricial, de educação permanente, ou como instrumento de integração assistencial. Sua atuação esbarra em dificuldades relacionais, de condições organizacionais e de estrutura. A prática está sendo construída em campo, de forma processual, e se organiza a partir dos contextos locais.

De forma geral, os estudos apontaram para a insuficiência da formação na graduação para atuação na AB no SUS. Prevaecem dificuldades para trabalho em equipe, de forma compartilhada e colaborativa, e para o apoio matricial. Os atendimentos individuais geram maior conforto e segurança aos profissionais. As diretrizes abrangentes para implantação do NASF e do processo de trabalho interdisciplinar dificultam a inserção das categorias analisadas. Verifica-se ausência de abordagens em relação aos registros, monitoramento e avaliação das atividades realizadas pelos profissionais da equipe do NASF. Na maioria dos estudos as condições organizacionais e de estrutura são apontados como frágeis, e sua adequação como fundamental para facilitar ou dificultar o trabalho.

3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação é uma ferramenta para subsidiar processos de tomada de decisão. No campo das políticas públicas em saúde o desenvolvimento de tecnologias, as crises no financiamento, o envelhecimento das populações e, ao mesmo tempo, a busca pela garantia do acesso à serviços de qualidade por usuários cada vez mais exigentes tornam a tomada de decisão uma tarefa complexa e difícil (CHAMPAGNE et al., 2011b).

De forma abrangente, Whorten et al. (2004) definem avaliação como a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar valor ou mérito, qualidade, utilidade, efetividade ou importância de um objeto de avaliação em relação a esses critérios.

Diferentes tipos, funções, métodos e abordagens são apontados em textos sobre avaliação. Estes textos assinalam, ainda, como elementos fundamentais a definição e utilização de critérios, julgamento de valor e mérito, e a relação com a utilidade (CONTANDRIOPOULOUS et al., 2000; WHORTEN et al., 2004; VIEIRA DA SILVA, 2005; HARTZ, 2008; CHAMPAGNE et al., 2011b). Seu principal objetivo é ser útil para identificar escolhas adequadas em determinado contexto, lugar e tempo.

O conceito de avaliação que será utilizado neste estudo é o proposto por Champagne et al., (2011b, p.44):

[a avaliação é] uma atividade que consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Uma intervenção visa modificar uma situação problemática, de forma a alterar seu curso previsível, atuando como um sistema organizado de ação em um determinado ambiente e durante um determinado período (CHAMPAGNE et al., 2011b). Esta definição é

coerente com a utilizada desde a década de 1990 pelos *Centers of Diseases Control* (CDC), que definem programas como sistemas organizados de ação com a finalidade de transformar um problema da esfera dos processos de saúde e doença (CDC, 1999).

Programas, ou intervenções, são compostos por uma estrutura, atores e suas práticas, processos ou atividades, finalidades e um ambiente. Os atores podem ser individuais e coletivos, humanos e não humanos, e operam os mecanismos do programa através de suas ações e interações (POTVIN; GENDRON; BILODEAU, 2010).

A pesquisa avaliativa emprega um procedimento científico para analisar e compreender as relações entre os diferentes componentes da intervenção.

Champagne et al., (2011b) apresentam elementos distintivos da pesquisa avaliativa em relação à pesquisa científica não avaliativa: a emissão de juízo de valor sobre a intervenção avaliada e sua finalidade de apoiar a tomada de decisão à respeito da intervenção. O julgamento de valor pode ser feito por comparação dos componentes da intervenção com critérios e normas (avaliação/apreciação normativa) ou pelo exame, com uso de métodos sistemáticos, das relações entre os componentes de uma intervenção (pesquisa avaliativa). A apreciação normativa se apoia no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito às normas e critérios adotados e o alcance dos resultados esperados da intervenção. Busca responder se foi feito o que era necessário, de um modo desejável e respeitando as normas estabelecidas. A pesquisa avaliativa busca responder o que sucedeu, de que maneira e devido a que fatores e influências.

Minayo (2010) também enfatiza que a pesquisa avaliativa tem fundamentos científicos e acrescenta os elementos de contexto ao processo normativo, considerando os diferentes pontos de vista dos sujeitos envolvidos, em busca do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições.

A pesquisa avaliativa pode utilizar, no todo ou em parte, diferentes tipos de análise em uma mesma intervenção: análise da pertinência, dos fundamentos teóricos, da produtividade, dos efeitos, do rendimento, bem como das relações existentes entre a intervenção e o contexto na qual se situa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011b).

De acordo com Champagne et al., (2011b) a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises: (i) análise estratégica, que aprecia a pertinência da intervenção ou sua razão de ser; (ii) análise lógica, que examina a coerência da intervenção, ou seja, a adequação

entre os diferentes objetivos e entre os objetivos e os meios (recursos, serviços ou atividades); (iii) análise da produção, que considera a produtividade e a qualidade dos processos; (iv) análise dos efeitos, que verifica a eficácia; (v) análise da eficiência, que analisa as relações entre os recursos e os efeitos; e, (vi) análise da implantação, que verifica as interações entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos.

A **análise da implantação** consiste em especificar o conjunto de fatores que influenciam as mudanças obtidas após a introdução de uma intervenção, considerando as relações com o contexto durante sua implementação. É indicada quando a intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de distintas formas. Objetiva delimitar os fatores que facilitam ou comprometem uma intervenção em um contexto particular (CHAMPAGNE et al., 2011a).

A implantação é a integração da intervenção em determinado contexto, que pode ser descrito com base em seus objetivos, componentes e resultados esperados.

Na tipologia da análise de implantação, Champagne et al., (2011a) destacam, entre outras, a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção e a análise da influência da variação do grau de implantação sobre os efeitos observados. O primeiro tipo visa a explicar as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada, analisando a influência dos determinantes contextuais. A qualidade das atividades realizadas, ou seja, o respeito às normas em termos de estrutura e de processos, constitui o critério de adequação relacionado à integralidade da implantação. O segundo tipo visa a ressaltar os componentes das intervenções que facilitam a obtenção dos efeitos almejados. Nesta abordagem, podem ser definidos componentes essenciais e secundários, e aqueles que mais provavelmente redundarão em melhorias. Os autores relacionam, ainda, a análise da influência da interação entre os diversos fatores que compõem o contexto da implantação e a intervenção propriamente dita sobre os resultados observados.

Consideram que esta interação pode ser sinérgica ou antagônica no que se refere à produção dos efeitos. Além dos aspectos programáticos e técnicos, outras interações se apresentam no contexto histórico e social em que os sujeitos participantes das práticas de saúde estão inseridos. As particularidades de grupos distintos que por vezes ocupam diferentes lugares sociais podem influenciar os efeitos das ações de saúde, o que mostra a complexidade do contexto de implantação de

um programa (SANTOS; NATAL, 2005; MORIN, 2005). O estudo de caso é o método mais indicado para avaliar a implantação de uma intervenção.

A avaliação da implantação pode ser dividida em duas etapas: estudo de avaliabilidade e estudo de caso.

O **estudo de avaliabilidade** consiste num conjunto de procedimentos que possibilita verificar em que medida uma intervenção pode ser avaliada. Concebido na década de 1970 como um método de análise de programas, precede a etapa de avaliação propriamente dita. Busca obter uma compreensão abrangente e aprofundada da intervenção, da sua coerência e suas relações com o contexto. Objetiva verificar o quanto a intervenção é passível de avaliação, preparar um ambiente favorável para a avaliação, averiguar a viabilidade operacional e metodológica de sua execução, buscar consenso quanto ao interesse na realização da avaliação e aumentar as possibilidades de utilização dos seus resultados (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004; THURSTON et al., 2005; LEVINTON et al., 2010; NATAL et al., 2010; BEZERRA et al., 2012).

Ao propiciar o entendimento aprofundado sobre o objeto da pesquisa e análise prévia das possibilidades de sua avaliação, contribui para aumentar a factibilidade, credibilidade e utilidade da etapa da avaliação propriamente dita, bem como o uso racional dos recursos (LEVINTON et al., 2010; NATAL et al., 2010).

O estudo de avaliabilidade contempla as etapas para avaliação de programas e considera, dentre elas, realizar um diagnóstico situacional, entender a intervenção, engajar os interessados na avaliação, descrever a intervenção por meio do modelo teórico lógico, definir as questões avaliativas e elaborar uma matriz de análise e julgamento (CDC, 1999; LEVINTON et al., 2010). Thurston e Ramaliu (2005) definiram para este estudo sete elementos: a delimitação do programa por identificação das suas metas, objetivos e atividades; a revisão dos documentos; a modelagem dos recursos disponíveis, das atividades pretendidas, dos efeitos esperados e das conexões causais presumidas; a supervisão do programa, ou a obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera; o desenvolvimento de um modelo de programa avaliável; a identificação dos usuários da avaliação e de outros envolvidos; e a obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação.

Dentre os resultados esperados de um estudo de avaliabilidade estão a descrição abrangente do programa, identificação de metas e objetivos, elaboração de modelos teórico e lógico, a definição das

perguntas avaliativas e a elaboração de um plano de avaliação, acordado com as partes interessadas (THURSTON; RAMALIU, 2005; TREVISAN, 2007).

Os produtos de um estudo de avaliabilidade podem tornar-se uma proposta de avaliação formal do programa (THURSTON; POTVIN, 2003), e se adequam a propostas de avaliações institucionalizadas.

A descrição da intervenção e a elaboração do modelo teórico-lógico envolve explicitar os componentes e as inter-relações do objeto a ser avaliado, e também os fatores relevantes no contexto político e organizacional onde se desenvolve, descrevendo suas potenciais influências sobre os resultados esperados. Reflete um referencial que permite aos interessados visualizar com mais clareza a operacionalização da intervenção (MEDINA et al., 2005).

O modelo teórico-lógico deve orientar a definição de uma matriz de análise e julgamento, que pode ser composta por dimensões, critérios ou indicadores, medidas, parâmetros e fontes de verificação. Medina et al., (2005), ressalta a possibilidade de construção de acordos, tanto em relação aos componentes da intervenção quanto ao desenho e resultados da avaliação.

O **estudo de caso** é um método de pesquisa que permite analisar a implantação de uma intervenção. É indicado para investigar empiricamente um fenômeno contemporâneo da vida real, em seu contexto, sobretudo quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2010, p.39). Possibilita a utilização de múltiplas fontes de evidências e pode se beneficiar das proposições teóricas identificadas no estudo de avaliabilidade.

O planejamento e métodos para sua realização podem incorporar tanto metodologias de abordagem quantitativa quanto qualitativa e utilizar diversas fontes de informação, desde que convergentes em relação ao objeto de estudo e às perguntas da investigação.

O estudo de caso pode ser empregado com finalidade explicativa, descritiva e/ou exploratória na pesquisa de fenômenos sociais ou mesmo como estudos piloto, que exigem aprofundamento de poucos casos, levando à identificação de categorias de observação ou à geração de hipóteses para estudos posteriores (YIN, 2010). É indicado também quando o alvo da avaliação é uma intervenção inovadora, sobre a qual ainda não se têm muitas informações.

O estudo pode incluir um caso único ou casos múltiplos. O estudo de casos múltiplos possibilita analisar como uma intervenção se desenvolve em diferentes contextos. A flexibilidade do método permite a descrição das diversas características e peculiaridades de uma

intervenção.

3.3.1 A institucionalização da avaliação na Atenção Básica

Com a expansão da cobertura das equipes de SF e a exigência por melhores resultados, no ano de 2003, o MS iniciou um movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação na AB com a definição de distintas iniciativas na gestão governamental (BRASIL, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A institucionalização da avaliação é definida por Felisberto (2004) como a incorporação da avaliação à rotina dos serviços e organizações de saúde. A inserção desta cultura avaliativa pressupõe a integração do monitoramento e avaliação como intrínsecas ou subsidiárias ao planejamento e gestão das políticas e programas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos. Necessita, portanto, do desenvolvimento e fortalecimento de capacidade técnica e das atividades analíticas, com processos estruturados e sistemáticos e coerentes com os princípios do SUS e abrangendo as dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o estado de saúde da população (FELISBERTO, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 2006). Consiste também em um processo de negociação e formação das pessoas na sua rotina de trabalho (BRASIL, 2005).

A criação de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) na estrutura organizacional do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do MS e a publicação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a AB marcam a proposição do gestor federal como indutor da institucionalização da avaliação e o papel estratégico da AB neste processo. Para este objetivo foram estipulados alguns componentes para a ação e definidos projetos estratégicos para atuação nas instâncias federal, estadual e municipal e nas instituições de ensino e pesquisa. O eixo estruturante para o desenvolvimento da política foi o Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, presente em cinco dos seis componentes. Estudos de Linha de Base também estavam presentes em vários componentes (BRASIL, 2005, p.24).

O projeto de fortalecimento da capacidade técnica nas Secretarias Estaduais teve apoio financeiro do Banco Mundial, por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF, no seu componente III de Monitoramento e Avaliação, a partir de 2004. Os estados elaboraram projetos que deveriam contar com parceria e

auxílio de Centros Colaboradores, ou seja, instituições de pesquisa ou ensino, e propor o desenvolvimento da cultura avaliativa no âmbito da gestão do SUS, sobretudo na gestão estadual.

O estado de SC teve seu projeto aprovado pela Portaria GM/MS n. 1.155, de 11 de junho de 2004 (BRASIL, 2004). A Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC foi o Centro Colaborador e o projeto teve como produto um modelo para Avaliação da Gestão Municipal da Atenção Básica.

Em SC o processo de institucionalização se efetivou. A partir do projeto financiado pelo PROESF, nos anos de 2004 a 2006 e posteriormente na segunda fase, nos anos de 2012 e 2013, o modelo avaliativo construído foi revisto e atualizado anualmente. O modelo é aplicado continuamente em todos os municípios catarinenses desde o ano de 2008, com premiação para os municípios que apresentam os melhores desempenhos (NICKEL et al., 2014).

Outras estratégias foram estabelecidas pelo Departamento de Atenção Básica do MS. Instrumentos autoavaliativos foram desenvolvidos e disponibilizados para uso da Atenção Básica: a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e, posteriormente, a Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB). O uso deste tipo de instrumentos busca qualificar os processos de trabalho e de gestão por meio do agir reflexivo relacionado a padrões de qualidade e ao orientar a ação das equipes por meio de ações planejadas acompanhadas de um plano de intervenção (BRASIL, 2012b).

Em 2011, foi proposto o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia para promover mudanças nas condições e funcionamento das UBS, de forma a ampliar o acesso e a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação na AB. O PMAQ-AB instituiu um componente variável que vincula parte do financiamento federal da saúde ao desempenho das equipes da estratégia SF no Programa. Na primeira edição, em 2012, foram avaliadas as equipes de SF e de Saúde Bucal (BRASIL, 2012c).

No primeiro ciclo, em 2011, o PMAQ-AB teve adesão de 71% dos municípios e 54% das equipes de AB do Brasil, levando milhares de equipes a incorporarem processos de autoavaliação, pactuação de metas e avaliação externa em seu processo de trabalho. No segundo ciclo, em 2013, a adesão atingiu 94% dos municípios brasileiros.

Em SC, a adesão no primeiro ciclo correspondeu a 88% dos municípios (258) e no segundo ciclo 99,3% dos municípios (293). Os resultados das equipes de AB nos dois ciclos para o Brasil e SC, estão

apresentados no Quadro 5.

Quadro 5: Resultados do primeiro e do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ. Brasil e Santa Catarina, 2014.

Classificação das equipes PMAQ	Brasil				Santa Catarina			
	1º Ciclo		2º Ciclo		1º Ciclo		2º Ciclo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desempenho muito acima da média	2.958	18,3	4.712	15,8%	333	31,4	524	35,7%
Desempenho acima da média	7.275	45,0	10.015	33,6%	477	45,0	579	39,5%
Desempenho mediano ou abaixo da média	5.604	34,7	14.729	49,4%	247	23,3	362	24,7%
Insatisfatória	327	2,0	353	1,2%	2	0,2	2	0,1%
Total	16.164	100	29.809	100	1.059	100	1.467	100

Fonte: Brasil (2015b).

No ano de 2013, no segundo ciclo de avaliação, foram incorporadas as equipes NASF e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Em SC 99% das equipes de AB, de Saúde Bucal, NASF e CEO aderiram.

As equipes NASF passaram pelo ciclo avaliativo previsto no programa, com as peculiaridades referentes ao seu processo de trabalho e também com as questões referentes ao apoio oferecido pelo NASF nos questionamentos feitos às equipes de AB apoiadas. No Brasil, 1813 equipes NASF fizeram adesão ao PMAQ³ e destas, 1773 foram avaliadas, com 285 equipes (16%) classificadas com desempenho muito acima da média, 604 (33%) com desempenho acima da média e 884 (49%) com desempenho mediano ou abaixo da média.

Em SC, fizeram adesão 84 equipes NASF e foram avaliados 82. Destas, 18 (21,4%) apresentaram um desempenho muito acima da média, 31 (36,9%) um desempenho acima da média e 33 (39,3%) um desempenho mediano ou abaixo da média, sendo duas equipes desclassificadas (2,4%).

A incorporação das equipes NASF ao PMAQ-AB significa que elas serão objeto de autoavaliação, contratualização de metas e avaliação externa, com financiamento variável dependendo do desempenho, como já ocorre com as equipes de SF. Entretanto, seus padrões de funcionamento não estão claramente definidos e se apresentam de forma abrangente nos documentos oficiais.

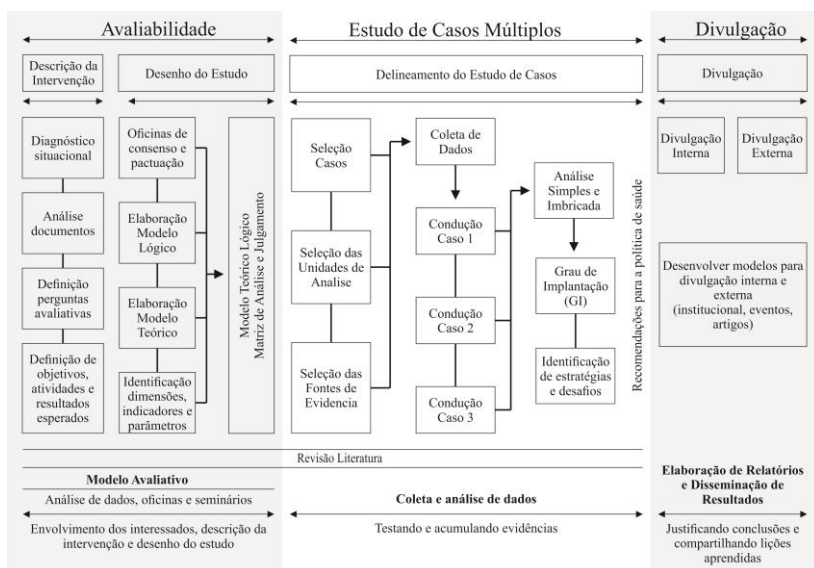
³O Portal da Atenção Básica é um site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b).

O acúmulo da experiência vivenciada no processo de institucionalização em SC propiciou a expansão da avaliação para outras áreas. A SES/SC, em parceria com o Núcleo Telessaúde SC, no ano de 2011 e antecipadamente ao processo de incorporação do NASF ao PMAQ-AB, desenvolveu e aplicou um instrumento denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade do NASF SC (AMAQ NASF SC) (SANTA CATARINA, 2012). Sua construção foi embasada no AMAQ-AB e contou com grupo de trabalho que envolveu profissionais da SES/SC, profissionais do NASF de municípios da Grande Florianópolis, teleconsultores do Telessaúde SC e gestores, e foi discutido e pactuado em oficinas de consenso no formato Comitê Tradicional. Este instrumento foi utilizado como referência na elaboração do AMAQ-NASF pelo MS (BRASIL, 2012b).

4 MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa avaliativa para avaliar a implantação do NASF em Santa Catarina, com abordagem mista. A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos, estudo de avaliabilidade e estudo de casos múltiplos, esquematizados na Figura 2.

Figura 2: Síntese dos métodos desenvolvidos no estudo de avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.



Fonte: Adaptado de CDC, (1999).

4.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

No primeiro momento, de junho de 2013 a dezembro de 2014, foi realizado um estudo de avaliabilidade para obter um entendimento aprofundado sobre o objeto da pesquisa e melhor direcionamento ao objetivo e escolha do método a ser usado na avaliação. Incluíu a descrição da intervenção, com as relações e a lógica de seu

funcionamento e a análise da plausibilidade e da viabilidade de seus objetivos. Para isso, em acordo com o preconizado por Thurston e Ramaliu (2005), procedeu-se a análise da legislação, documentos normativos e de diretrizes relativas ao NASF, bem como dos estudos publicados sobre o NASF, a fim de aprofundar o entendimento sobre o seu funcionamento. Foram identificados os objetivos, as atividades propostas, e os produtos e resultados esperados para o NASF. Reuniões com profissionais atuantes em NASF foram realizadas para a discussão dos elementos identificados na análise documental.

Posteriormente, valendo-se do formato Comitê Tradicional, foram realizadas três oficinas de consenso com especialistas. Participaram das oficinas pesquisadores especialistas em avaliação em saúde, área técnica do MS/Departamento de Atenção Básica, profissionais da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e de NASF de municípios da Grande Florianópolis. Os participantes foram convidados previamente e assegurados os requisitos éticos previstos na Resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012d).

Durante a realização da primeira oficina de consenso, que contou com a participação de 19 profissionais, foi apresentada a descrição da intervenção com seus objetivos, atividades, produtos e resultados esperados. As diferentes visões e conhecimentos sobre o NASF possibilitaram uma discussão produtiva e uma melhor compreensão da proposta.

Durante a realização da segunda oficina foram apresentados o modelo teórico (MT), o modelo lógico (ML) e uma matriz de análise e julgamento (MAJ) para a implantação do NASF, construída a partir do consenso resultante da primeira oficina. O ML do NASF, com as dimensões **Aporte Organizacional** e **Atuação da Equipe NASF** desagregadas em três subdimensões cada, apresentando as atividades, seus respectivos produtos e resultados esperados. A MAJ baseou-se no ML do NASF, mantendo as dimensões e subdimensões desagregadas em nove indicadores/critérios para a dimensão **Aporte Organizacional**, e onze indicadores/critérios para a dimensão **Atuação da Equipe NASF**. Participaram desta oficina 15 pessoas, que estiveram presentes também na primeira oficina e contribuíram para o refinamento dos modelos e da MAJ, que foram discutidos e validados.

Uma terceira oficina, que contou com a presença de 18 profissionais, foi realizada para definição dos aspectos considerados na MAJ em cada indicador/critério, da pontuação máxima esperada, dos parâmetros para julgamento e das perguntas avaliativas.

O MT, ML e a MAJ estão apresentados no Apêndice A.

Ao final das oficinas o produto obtido foi o plano avaliativo para o estudo de caso, contemplando: definição das perguntas avaliativas; identificação dos usuários e atores envolvidos na avaliação; elaboração do modelo teórico, do modelo lógico e da MAJ; definição dos critérios de seleção para os casos e unidades de análise; seleção das fontes de evidência; e elaboração dos instrumentos para coleta de dados.

Um estudo piloto foi realizado em um NASF que não participou do estudo de casos, com o objetivo de testar os instrumentos de coleta de dados: i. roteiro das entrevistas (APÊNDICE B) e; ii. roteiro da observação direta (APÊNDICE C). O pré-teste apontou ajustes na formulação e ordem das questões.

Estas atividades foram realizadas em conjunto com a SES/SC, mais especificamente com os técnicos da Gerência de Atenção Básica, visando facilitar o uso dos resultados.

4.2 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

O estudo de casos múltiplos operacionalizou o plano avaliativo construído com abordagem mista e foi realizado no período de março a outubro de 2015. A seguir estão descritos os procedimentos metodológicos adotados.

4.2.1 Seleção dos casos para a avaliação do grau de implantação

Foram selecionados para estudo de casos três NASF de municípios de SC nas Modalidades 1 (M1), 2 (M2) e 3 (M3). O número de eqSF vinculadas ao NASF configura a sua modalidade: M1 (5 a 9 equipes); M2 (3 a 4 equipes) e M3 (1 ou 2 equipes). O Quadro 6 apresenta a quantidade de NASF existente em cada uma das modalidades no estado de SC.

Quadro 6: Núcleos de Apoio à Saúde da Família de acordo com a modalidade. Santa Catarina, abril de 2014.

Tipos de NASF	Número de NASF Implantados
Modalidade 1 (M1)	98
Modalidade 2 (M2)	42
Modalidade 3 (M3)	75

Fonte:Santa Catarina (2014)

Os critérios adotados para a seleção dos casos foram:

- ter registro adequado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (n=215);
- estar em funcionamento há pelo menos três anos (n=170);
- ter obtido desempenho ‘muito acima da média ou acima da média’ no Programa Nacional de Melhoria da Qualidade (PMAQ) em 2013 nos casos M1 e M2 (n=54) ou no AMAQNASF-SC para M3 (n=38);
- apresentar na composição da equipe no mínimo duas entre as quatro categorias profissionais mais prevalentes nos NASF de SC (psicologia, fisioterapia, nutrição e farmacêutico) (n=175).

Identificou-se 41 NASF que atenderam a todos os critérios, sendo 19 na M1; 7 na M2 e 15 na M3. Dentre estes foram sorteados dois de cada Modalidade. Entre os dois sorteados em cada modalidade, foi selecionado um, considerando a conveniência da proximidade geográfica. Os três NASF selecionados concordaram em participar do estudo.

Como unidades de análise foram eleitas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as eqSF assim distribuídas: NASF M1 com 4 UBS e 6 eqSF; NASF M2 com 1 UBS e 3eqSF; e o NASF M3 com 1UBS e 1 eqSF.

4.2.2 Fontes de evidências e tipo de coleta de dados

Como fontes de evidência foram utilizadas os documentos municipais relativos ao NASF; observação direta e entrevistas com informantes-chave.

Previamente ao estudo de caso, foi realizado um estudo piloto, em município não participante do estudo. Foram entrevistados um gestor, um profissional do NASF e um profissional da eqSF e realizada observação direta em uma UBS. Os roteiros das entrevistas foram testados quanto ao vocabulário, entendimento da questão por parte dos entrevistados e formulação da pergunta de modo a ter a menor interferência possível na resposta. Na observação direta verificou-se a adequação do instrumento elaborado. Pequenos ajustes foram realizados no vocabulário, na formulação e ordem das questões. Alguns itens foram incluídos na observação direta, como murais, cartazes da UBS e forma de acesso ao agendamento por parte dos usuários.

No estudo de caso, os documentos municipais verificados foram: Plano Municipal de Saúde, relatórios de gestão, projeto de criação do NASF, protocolos elaborados, registro do planejamento anual.

A observação direta foi realizada nas seis UBS, onde atuam as eqSF vinculadas ao NASF e seguiu o roteiro pré-elaborado no EA. As visitas para observação foram previamente agendadas e verificados os aspectos estruturais, de ambiência, organizacionais e de operacionalização do trabalho do NASF isoladamente e em conjunto com as eqSF. Também foram verificados organogramas, mapas, agendas, programações, murais informativos, materiais educativos, equipamentos de apoio ao NASF. As observações foram registradas em diário de campo.

As entrevistas ocorreram em lugares reservados no ambiente de trabalho e de acordo com a disponibilidade e escolha dos informantes e seguiram o roteiro pré-elaborado no EA, com leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi respeitado o anonimato, nomeando os informantes como entrevistado seguido do número da entrevista (E_n). As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa, a qual foi treinada pela pesquisadora e calibrada durante o estudo piloto.

Foram realizadas 26 entrevistas com Secretários Municipais de Saúde (3), coordenadores de Atenção Básica (3), profissionais do NASF (10) e profissionais das eqSF (10).

As categorias profissionais participantes no NASF foram: fisioterapeuta (2), psicóloga (3), nutricionista (1), fonoaudióloga (1), farmacêutica (1), assistente social (1), educador físico (1). Os profissionais das eqSF, um de cada equipe apoiada, foram indicados pela gestão e tinham, no mínimo, um ano de atuação na ESF. Foram entrevistados: médicos (4), enfermeiros (4), técnico de enfermagem (1), cirurgião-dentista (1). O Prefeito Municipal de um dos municípios, presente em visita à UBS no momento da coleta, também concedeu entrevista.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e registradas em planilha eletrônica. Tiveram média de duração de 40 minutos para profissionais das eqSF, de 60 minutos para profissionais NASF e de 1 hora e trinta minutos para gestores.

4.2.3 Análise

Os dados foram consolidados e analisados em planilha eletrônica. A análise dos dados foi realizada em duas etapas: análise simples e análise imbricada. Para identificação das evidências foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011) onde as categorias foram definidas pelos elementos da MAJ.

A análise simples considerou o exame de qualidade e pertinência das respostas em relação à pergunta, a convergência das respostas entre os entrevistados, o mapeamento das respostas e observações de acordo com as categorias de análise, extração de trechos das respostas e síntese das observações. A interpretação das falas teve início pela leitura compreensiva do material coletado para obter uma visão do conjunto e apreender as particularidades presentes nas manifestações verbalizadas. As informações dos documentos, registros, entrevistas e diário de campo foram decompostas e agregadas de acordo, também, com os elementos da MAJ.

A utilização do maior número possível de fontes de informação buscou aumentar a validade interna do estudo por meio da triangulação dos dados (MINAYO, 2010). Estas fontes também foram utilizadas para complementação das informações das entrevistas.

A análise imbricada dos casos consistiu na apreciação das categorias de análise em cada um dos casos estudados, verificando-se o padrão encontrado e a existência de coincidências e divergências entre eles. Foi analisado o potencial discriminatório das subdimensões da matriz.

4.2.4 Determinação do Grau de Implantação

Para determinar o grau de implantação (GI) foi utilizada uma apreciação normativa que buscou verificar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios, normas e diretrizes (CHAMPAGNE et al., 2011a).

A apreciação orientou-se pela proporção entre a pontuação máxima esperada e a observada em cada um dos elementos da MAJ, pactuados nas Oficinas de Consenso (APÊNDICE A). Na dimensão **Aporte Organizacional** cada componente recebeu a mesma pontuação estimada (30) e a variação ocorreu internamente na distribuição dos valores dos indicadores, tendo como pontuação máxima esperada 90 pontos. Na dimensão **Atuação da Equipe NASF**, houve variação na

pontuação das subdimensões: o *Apoio Técnico Pedagógico* obteve maior pontuação (60), seguido da *Retaguarda Assistencial Especializada* (40) e *Integração Intersetorial e na RAS* (30). Esta variação se justifica pela ênfase dada nas normativas ministeriais ao apoio técnico pedagógico (BRASIL, 2010a;2014). As pontuações nesta dimensão também variaram internamente na distribuição dos valores dos indicadores.

A proporção do somatório dos pontos observados em relação à pontuação estimada para cada caso determinou o grau de implantação: $GI = (\Sigma \text{ pontuação observada} / \Sigma \text{ pontuação esperada}) \times 100$.

O ajuizamento final do GI considerou a distribuição quartil:

- a) de 76% a 100% - “implantado”;
- b) de 51% a 75% - “parcialmente implantado”;
- c) de 26% a 50% - “baixo nível de implantação”;
- d) e abaixo de 26% - “implantação incipiente”.

4.2.5 Estratégias para atuação do NASF e desafios à sua integração na AB

Para identificar as principais estratégias utilizadas para atuação do NASF e os desafios que persistem à sua integração na AB, foram considerados os dois casos classificados como “implantado” na avaliação da implantação.

As informações que orientaram essa análise foram extraídas dos documentos, das entrevistas e do diário de campo da observação direta. As informações foram decompostas e agregadas de acordo com os seguintes eixos temáticos: **Constituição e Institucionalização do NASF; Planejamento e Articulação; Apoio às Equipes de Referência; e Resultados da Atuação.**

A triangulação dos dados envolveu uma leitura dinâmica, indo das informações do campo para os eixos temáticos identificados e vice-versa, permitindo a reflexão e aprofundamento da compreensão sobre a intervenção.

4.2.6 Divulgação dos resultados e retorno aos municípios

A divulgação dos resultados consiste na disponibilização de um resumo executivo da pesquisa, contendo uma síntese dos resultados finais, para cada município participante. Também será realizada uma videoconferência com cada um dos municípios para a apresentação e

discussão dos resultados. Os resultados serão apresentados em eventos científicos e naqueles relacionados ao NASF na SES/SC. Os artigos científicos serão enviados para publicação em revistas da área de Saúde Coletiva.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde de SC, com parecer nº 674.338, de 05.06.2014, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d).

Dentre os documentos exigidos pelo referido Comitê, constam o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e o “Termo de Consentimento para Gravação em Áudio” para os respondentes das entrevistas (APÊNDICE D).

Os Secretários Municipais de Saúde foram contatados para apresentação da pesquisa e solicitação de autorização para participação do NASF e das equipes de SF apoiadas. Após, foi agendada visita ao NASF selecionado. As entrevistas foram agendadas com a anuência e nos horários indicados pela coordenação da UBS e profissionais.

A pesquisa foi apresentada aos informantes, seguida da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e do Termo de Consentimento para a utilização das evidências gravadas em áudio (APÊNDICE D). Em seguida foi solicitada a assinatura dos participantes nos dois documentos, os quais lhes foram entregues em cópia.

As informações têm a confidencialidade correspondente e os resultados obedecem ao rigor científico da pesquisa avaliativa. Para garantir o sigilo das informações os documentos assinados e o material proveniente da coleta primária foram armazenados em um banco de dados e utilizados somente pela pesquisadora.

Os informantes vinculados aos municípios foram convidados a participar da pesquisa e, a qualquer momento, poderiam cancelar sua participação. Não houve registros de negativas. A pesquisa teve risco minimizado aos participantes por ser um estudo descritivo; as entrevistas e a observação direta não apresentaram questões sobre a vida privada dos participantes, limitando-se a dados institucionais.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa, de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Santa Catarina, são apresentados na forma de artigos científicos.

O primeiro artigo, intitulado *Avaliação da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF: estudo de caso em Santa Catarina, Brasil*, trata da avaliação da implantação de NASF que atuam em municípios de Santa Catarina. Este artigo será enviado para submissão à publicação na revista *Cadernos de Saúde Pública*.

O segundo artigo, intitulado *Estratégias de atuação e desafios no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: casos exitosos*, apresenta as estratégias utilizadas em NASF classificados como implantados e os desafios que persistem para sua integração à AB. Da mesma forma este artigo será enviado para submissão à publicação na *Revista Ciência e Saúde Coletiva*.

5.1 ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF: ESTUDO DE CASO EM SANTA CATARINA, BRASIL

Avaliação da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF: estudo de caso em Santa Catarina, Brasil

Resumo: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) visa qualificar e ampliar o escopo de ações na Atenção Primária em Saúde (APS). Trata-se de estudo de casos múltiplos para avaliar o grau de implantação do NASF e identificar aspectos facilitadores e dificuldades, com uso de abordagem mista. Participaram três NASF, um de cada modalidade, selecionados por critérios de credenciamento, desempenho e composição da equipe. Como unidades de análise foram incluídas as unidades básicas (UBS) e equipes de Saúde da Família vinculadas. A coleta de dados envolveu 26 entrevistas, análise documental e observação direta em seis UBS. Procedeu-se a triangulação dos dados e a análise foi orientada por uma matriz de análise e julgamento composta por seis subdimensões agrupadas nas dimensões Aporte Organizacional e Atuação da Equipe NASF. Dois casos foram classificados como “implantado” e um caso como “parcialmente implantado”. O apoio da gestão, suficiência de recursos estruturais, qualificação dos profissionais, boa comunicação, planejamento e atuação articulada entre equipes, foram identificados como favoráveis. As práticas dependem de ajustes no processo de trabalho das equipes e se constroem no cotidiano. A apreensão do papel do NASF, em especial na lógica do apoio matricial, é um desafio para os atores envolvidos. A mudança do processo de trabalho depende da incorporação de conhecimento e da mudança de atitude dos profissionais. Comprometimento e qualificação dos atores são essenciais para a reorganização dos processos de trabalho centrados no usuário e conformação de um modelo de atenção voltado à integralidade na APS.

Palavras Chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Atenção Primária em Saúde; Avaliação em Saúde; Apoio Matricial.

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS), denominada no Brasil como Atenção Básica, é operacionalizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) com incentivos financeiros e equipes responsáveis por populações e territórios definidos. Sua atuação deve ser embasada em tecnologias de cuidado que permitam identificar e resolver demandas e necessidades de saúde de maior relevância e frequência na população¹.

Em 2008 o Ministério da Saúde (MS) incorporou profissionais de diferentes campos de conhecimento, para o fortalecimento da APS, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)². Ao integrar e apoiar as equipes de Saúde da Família (eqSF) nas atividades relacionadas ao cuidado e sua inserção na RAS, o NASF visa ampliar e qualificar a oferta de ações na APS e aumentar a capacidade de resposta aos problemas e necessidades de saúde da população

O NASF é composto por equipe multiprofissional, conformada segundo as necessidades locais a partir de uma relação de categorias profissionais diferentes das incluídas na ESF¹. Deve estar vinculado a um número variável de eqSF, o que configura a sua modalidade: Modalidade 1 (5 a 9 eqSF e mínimo de 200h semanais); Modalidade 2 (3 a 4 eqSF e mínimo de 120h semanais) e Modalidade 3 (1 ou 2 eqSF e mínimo de 80h semanais)³.

Deve atuar de maneira integrada e colaborativa à ESF, compartilhando e apoiando as práticas de cuidados individuais e coletivos, com corresponsabilização e gestão integrada³⁻⁴. Suas ações são direcionadas a dois públicos: equipes de referência (eqSF) e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A equipe de referência tem a responsabilidade longitudinal pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário e por assegurar o vínculo entre profissionais e usuários⁵⁻⁶.

De forma a atender as diretrizes e a diversidade de demandas, a atuação do NASF deve ser pautada no referencial teórico-metodológico do apoio matricial e na ampliação da clínica³⁻⁴.

O apoio matricial objetiva assegurar retaguarda assistencial especializada e de suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais encarregados da atenção à saúde⁵. No suporte técnico-pedagógico estão incluídas as ações conjuntas entre NASF e eqSF, considerando-se as necessidades de cada indivíduo, família ou comunidade e as possibilidades de integração. Tais ações são importantes estratégias para a educação permanente das eqSF. As ações relativas à retaguarda assistencial especializada são intervenções diretas aos usuários, com

atendimentos individuais e atividades coletivas específicas de cada categoria profissional.

Em 2015, aproximadamente 4.200 NASF estavam em funcionamento no território nacional⁷. Esta abrangência reflete a adesão dos gestores à intervenção.

São escassos os estudos avaliativos publicados sobre o NASF. Em intervenções complexas e abrangentes, onde os limites entre o contexto e a intervenção não são claramente evidentes, como o NASF, estudos com objetivo de avaliar sua implantação são fundamentais para conhecer e acompanhar seu desenvolvimento⁸. O objetivo deste estudo é identificar o grau de implantação do NASF em diferentes modalidades e contextos e os fatores que facilitam ou comprometem esta implantação.

Métodos

Um estudo de casos múltiplos foi desenvolvido no período de julho de 2014 a agosto de 2015, com abordagem mista, para avaliar a implantação do NASF em Santa Catarina. A avaliação foi realizada em duas etapas: estudo de avaliabilidade (EA) e estudo de casos múltiplos para determinar o grau de implantação.

No EA foram identificados objetivos, atividades, questões fundamentais da intervenção a serem abordadas na avaliação e elaborados o modelo lógico (ML) e a matriz de análise e julgamento (MAJ).

O ML e a MAJ foram discutidos e pactuados em três oficinas de consenso, no formato Comitê Tradicional com a participação de especialistas em avaliação em saúde e integrantes da gestão estadual, federal e profissionais do NASF (n=19). Como referências foram utilizadas os pressupostos da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), da RAS, as diretrizes ministeriais para o NASF e o referencial teórico metodológico do apoio matricial.

Na figura 1 está apresentado o ML do NASF, com as dimensões **Aporte Organizacional e Atuação da Equipe NASF** desagregadas em três subdimensões cada, apresentando as atividades, seus respectivos produtos e resultados esperados.

Figura 1: Modelo Lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 2015.

Dimensão	Subdimensão	Recursos	Atividades	Efeitos		Resultado Final
				Produtos	Resultados Intermediários	
Aporte Organizacional	Infraestrutura	Financiamento	Disponibilização de transporte	Transporte assegurado para deslocamento	Infraestrutura assegurada para o trabalho das equipes NASF	Equipes NASF qualificadas, com organização e infraestrutura adequadas para desenvolver o apoio às equipes SF
		Profissionais contratados	Elaboração de cronograma de uso dos espaços físicos	Existência de local para reunião de trabalho do NASF		
	Gestão de pessoas	Informações do território	Disponibilização de informação atualizada sobre o paciente e seu percurso na RAS	Cronograma atualizado de uso dos espaços físicos		
Aporte Organizacional		ESF com população definida	Implantação de mecanismos de comunicação	Acesso qualificado e ágil ao prontuário do paciente		Equipes NASF em número suficiente e qualificadas para o apoio a todas as equipes SF
		ESF com população definida	Implantação de mecanismos de formação e qualificação	Mecanismos de fixação de profissionais implantados		
		ESF com população definida	Contratação de profissionais com formação em Saúde Coletiva, Saúde Pública, Saúde da Família e afins	Apoio do NASF assegurado a todas as equipes SF		
Aporte Organizacional		ESF com população definida	Desenvolvimento de estratégias de formação e qualificação	Equipe NASF com qualificação para o apoio às equipes SF		Uniformidade da atuação do NASF articulada ao processo de trabalho das equipes SF com monitoramento e avaliação
		ESF com população definida	Disponibilização de diretrizes, normas de funcionamento	Normas existentes e conhecidas		
		ESF com população definida	Realização de planejamento das ações do NASF	Trabalho do NASF articulado com o da equipe SF		
Aporte Organizacional		ESF com população definida	Participação do NASF no planejamento local das equipes SF	Indicadores existentes, monitorados e avaliados		
		ESF com população definida	Definição de monitoramento e avaliação de ações do NASF			
		ESF com população definida				
Atuação equipe NASF	Relatagem assistencial especializada	Meio de transporte	Atendimentos individuais clínicos	Atendimentos individuais clínicos realizados	Acesso mais oportuno aos atendimentos necessários	Ampliação da oferta de ações na AB
		Normas e diretrizes de Atuação	Revisão conjunta de listas de casos para apoio	Casos com conduta definida		
		Recursos materiais	Implementação de mecanismos de priorização de casos e regulação	Fluxos de atenção e critérios de acesso entre equipe SF e NASF definidos	Ações sinérgicas NASF e equipe SF com interligação, corresponsabilização, ampliação da clínica	
Atuação equipe NASF		Materiais educativos	Atendimento compartilhado de casos com profissionais da equipe de SF	Consultas compartilhadas realizadas		Maior abrangência da AB
			Atendimento compartilhado de casos com profissionais da equipe de SF	Interconsultas realizadas e planos terapêuticos discutidos		
			Atendimento compartilhado de casos com profissionais da equipe de SF	Visitas domiciliares conjuntas e individuais realizadas		
Atuação equipe NASF			Visitas domiciliares	Visitas domiciliares conjuntas e individuais realizadas		Apoio e atenção qualificadas às equipes SF
			Implementação de estratégias de qualificação dos profissionais das especialidades	Estratégias de apoio implantadas	Fortalecimento da inserção da AB na RAS	
			Articulação com outros pontos de atenção na RAS	Manutenção da coordenação do cuidado com a equipe de referência	Continuidade do cuidado	
Atuação equipe NASF			Articulação com outros setores para atuação/resolução de problemas	Parcerias intersetoriais ativas		Auxílio na inserção da AB na RAS
			Discussão e gestão de casos com equipe SF	Discussão de casos com eqSF realizados		
			Elaboração de projetos terapêuticos singulares, individuais e coletivos	Projetos terapêuticos elaborados e implementados	Apoio pedagógico à equipe SF	
Atuação equipe NASF			Realização de atividades de educação permanente	Atividades de educação permanente realizadas com equipe SF		Contribuição na produção do cuidado integral
			Realização de atividades educativas	Atividades educativas realizadas	Ampliação da atuação no território	
			Elaboração e oferta de materiais de apoio técnico pedagógico para AB	Materiais educativos ou de apoio técnico para AB disponíveis		
Atuação equipe NASF			Participação nas atividades de grupo	Atividades de grupo realizadas com presença de profissional SF		Melhor resolutividade na AB
			Participação em atividades coletivas no território	Atividades coletivas realizadas no território com presença de profissional NASF		

A MAJ baseou-se no ML do NASF, mantendo as dimensões e subdimensões desagregadas em nove indicadores/critérios para a dimensão **Aporte Organizacional**, e onze indicadores/critérios para a dimensão **Atuação da Equipe NASF**. Também foram definidos os parâmetros para o julgamento de valor, pactuados nas oficinas de consenso (Quadro 1).

Quadro 1: Matriz de análise e julgamento da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Sub dimensão	Indicador/ Critério	Modo de verificação	Pontuação Máxima Esperada (PE)	Pontuação Observada (PO)	* G I= (PO/PE) x 100
DIMENSÃO APORTE ORGANIZACIONAL					
Infraestrutura	Mobilidade da equipe	Disponibilidade de transporte para deslocamento	30		
	Estrutura física	Existência de local para reunião de trabalho do NASF			
		Cronograma atualizado para uso dos espaços físicos pelos profissionais do NASF			
	Comunicação e informação	Estratégias para acesso qualificado e ágil ao prontuário do paciente Estratégias de comunicação ágil com os profissionais do NASF			
Gestão de pessoas	Fixação dos profissionais NASF	Forma de vínculo empregatício	30		
		Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para profissionais do NASF			
	Cobertura de NASF no município	% equipes SF com apoio do NASF no município			
	Qualificação dos profissionais NASF	% profissionais NASF com formação em Saúde Coletiva e afim			
Continua...					

Sub dimensão	Indicador/ Critério	Modo de verificação	Pontuação Máxima Esperada (PE)	Pontuação Observada (PO)	* G I= (PO/PE) x 100
Continuação					
		% profissionais do NASF com participação em capacitações com temas da APS			
Planejamento e organização	Uniformidade das ações do NASF	Existência/uso de diretrizes e normas de funcionamento do NASF Realização de planejamento da equipe NASF a partir da demanda das equipes SF apoiadas	30		
	Atuação articulada com equipe SF	% participação de profissionais NASF nas reuniões de equipe SF			
	Monitora-mento e avaliação	Existência e uso de indicadores de monitoramento e avaliação das ações do NASF			
DIMENSÃO ATUAÇÃO DA EQUIPE NASF					
Retaguarda Assistencial Especializada	Concentração	% carga horária dos profissionais NASF em atendimentos individuais clínicos	40		
	Acesso do usuário	Encaminhamentos ao NASF acordados e regulados pela equipe SF			
	Atendimento compartilhado	Realização de consulta compartilhada e discussão de planos terapêuticos com equipe SF apoiada			
	Atenção no domicílio	Realização de visitas domiciliares conjuntas/ individuais realizadas por profissional do NASF			
Continua...					

Sub dimensão	Indicador/ Critério	Modo de verificação	Pontuação Máxima Esperada (PE)	Pontuação Observada (PO)	* GI = (PO/PE) x 100
Conclusão					
Integração Intersectorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Qualificação de encaminhamentos	Estratégias para apoiar e qualificar os encaminhamentos às especialidades	30		
	Articulação com a RAS	Existência ações de articulação com outros pontos de atenção na RAS			
	Articulação intersectorial	Existência de articulação do NASF com outros setores para atuação/resolução de problemas			
Apoio Técnico Pedagógico	Discussão de casos	Realização de discussão de casos com equipe SF	60		
	Projetos Terapêuticos	Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares / planos de intervenção conjuntos			
	Atividades educativas	% profissionais NASF que realizam atividades de capacitação com equipe SF % profissionais NASF que elaboram materiais educativos ou de apoio técnico para APS			
	Atividades coletivas	% profissionais NASF em atividades de grupo da Unidade Básica de Saúde % profissionais NASF em atividades coletivas no território			

* GI = Grau de Implantação

APS = Atenção Primária em Saúde.

SF = Saúde da Família

Para o estudo de casos foram selecionados três NASF de municípios de SC, nas Modalidades 1 (M1), 2 (M2) e 3 (M3). Os critérios de seleção foram: registro adequado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (n=215); estar em funcionamento há pelo menos três anos (n=170); ter obtido desempenho ‘muito acima da média’ no Programa Nacional de Melhoria da Qualidade (PMAQ)

em 2013 nos casos M1 e M2 (n=54) ou no AMAQNASF-SC para M3 (n=38); apresentar na composição da equipe no mínimo duas entre as quatro categorias profissionais mais prevalentes nos NASF de SC (psicologia, fisioterapia, nutrição e farmacêutico) (n=175). Atenderam a todos os critérios 41 NASF e dentre estes foi sorteado um de cada Modalidade.

Como unidades de análise foram eleitas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as eqSF assim distribuídas: NASF M1 com 4 UBS e 6 eqSF; NASF M2 com 1 UBS e 3 eqSF; e o NASF M3 com 1UBS e 1 eqSF.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas e de observação direta em seis UBS, onde atuam as eqSF vinculadas ao NASF. As entrevistas (26) foram gravadas, com o consentimento livre e esclarecido dos informantes, conduzidas a partir de um roteiro previamente elaborado, realizadas com gestores (3), coordenador de APS (3), profissionais das equipes NASF (10) e profissionais das equipes de SF (10).

Os dados de fontes secundárias foram coletados dos documentos e normas técnicas do NASF, legislação relativa ao NASF e APS, no CNES, protocolos e relatórios de programação de ações dos municípios.

Para análise dos dados foram efetuadas a análise simples e análise imbricada.

Na análise simples, procedeu-se a triangulação entre os dados obtidos por meio das entrevistas e observação de campo e as evidências encontradas nos documentos e fontes secundárias, de forma a contribuir com a validade interna, para cada caso estudado. Utilizou-se a análise de conteúdo que contemplou o exame de qualidade e pertinência das respostas em relação à pergunta, a convergência das respostas, o mapeamento e observações de acordo com a MAJ, extração de trechos das respostas e síntese das observações.

As entrevistas, transcritas e registradas em planilha eletrônica, e os registros das observações de campo, foram organizados a partir das subdimensões de análise da MAJ.

A determinação do grau de implantação (GI) orientou-se pela proporção entre a pontuação máxima esperada e observada em cada uma das subdimensões na MAJ, pactuados nas oficinas de consenso. Na dimensão **Aporte Organizacional** cada componente recebeu a mesma pontuação estimada (30) e a variação ocorreu internamente na distribuição dos valores dos indicadores, tendo como pontuação máxima esperada 90 pontos. Já na dimensão **Atuação da Equipe NASF**, houve variação na pontuação das subdimensões: o Apoio Técnico Pedagógico

obteve maior pontuação (60), seguido da Retaguarda Assistencial Especializada (40) e Integração Intersetorial e na RAS (30). Esta variação justifica-se pela ênfase dada nas normativas ministeriais ao apoio técnico pedagógico³⁻⁴. As pontuações nesta dimensão também variaram internamente na distribuição dos valores dos indicadores.

A proporção do somatório dos pontos observados em relação à pontuação estimada para cada caso determinou o grau de implantação: $GI = (\Sigma \text{ pontuação observada} / \Sigma \text{ pontuação máxima esperada}) \times 100$. O ajuizamento final do GI considerou a distribuição quartil: a) de 76% a 100% - “implantado”; b) de 51% a 75% - “parcialmente implantado”; c) de 26% a 50% - “baixo nível de implantação”; d) e abaixo de 26% - “implantação incipiente”.

Na análise imbricada, o exame minucioso dos elementos da MAJ permitiu verificar os padrões encontrados e a existência de semelhanças e divergências entre os Casos.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, com parecer número 674.338, de 05.06.2014, de acordo com a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. As Secretarias Municipais de Saúde dos três estudos aprovaram formalmente a realização da pesquisa. Todos os entrevistados consentiram sua participação em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assegurou o anonimato, a confidencialidade dos dados e sua utilização exclusivamente para fins de pesquisa.

Resultados

Caracterização dos casos

O Caso 1 atua em município com população aproximada de 19.000 habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,769. Possui UBS bem distribuídas geograficamente, sendo uma central com horário estendido. Não possui pronto atendimento 24h, mas tem SAMU e referência em municípios próximos para urgências, emergências e internações hospitalares. O NASF M1 foi criado em 2010, tem espaço físico próprio e possui 6 eqSF vinculadas. É composto por profissionais psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico (2), na faixa de idade entre 24 e 36 anos, sendo 80% do gênero feminino e atua com 200 horas semanais.

O município do Caso 2, com aproximadamente 7.000 habitantes e IDH-M de 0,700, possui um Hospital de Pequeno Porte com pronto

atendimento 24h e uma UBS, todos no mesmo espaço físico na região central. A área de abrangência está definida apenas para atuação da equipe de enfermagem, saúde bucal, ACS e do NASF. O NASF M2 foi criado em 2012, é composto por psicólogo, fisioterapeuta (2), nutricionista, educador físico e fonoaudiólogo, na faixa etária entre 23 e 38 anos, sendo 83% do gênero feminino e atua com 120 horas semanais.

O município do Caso 3 tem população aproximada de 3.000 habitantes e IDH-M de 0,753. Possui uma eqSF e não possui pronto atendimento, mas o SAMU realiza o primeiro atendimento e o transporte para municípios vizinhos, quando necessário. O NASF M3 foi criado em 2010, é composto pelos profissionais psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e fonoaudiólogo, com idade entre 29 e 34 anos, sendo todos do gênero feminino, e atua com 80 horas semanais.

Nos três municípios o NASF apóia a todas as eqSF e a referência para especialidades se dá pela regulação estadual, consórcio regional de saúde, contratação de profissionais e compra de consultas e exames.

Grau de implantação

A análise demonstrou que o NASF estava "implantado" nos Casos 1 e 2 e "parcialmente implantado" no Caso 3, nas dimensões **Aporte Organizacional** e **Atuação da Equipe NASF**. O detalhamento da análise simples de cada caso, segundo as dimensões e respectivas subdimensões indicadas para a MAJ está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Grau de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Santa Catarina, 2015.

Aporte Organizacional					
Subdimensões	Fontes e tipos de Coleta	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Observada (%)		
			Caso 1	Caso 2	Caso 3
Infraestrutura	Entrevista com gestores,	30	30 (100,0)	30 (100,0)	25 (83,3)
Gestão de pessoas	profissionais do NASF e da equipe de Saúde da	30	23 (76,7)	26 (86,7)	18 (60,0)
Planejamento e organização	Família; Observação Direta; Dados Secundários.	30	20 (66,7)	24 (80,0)	3 (10,0)
GRAU DE IMPLANTAÇÃO (GI)		90	81,1%	88,9%	51,1%
Continua...					

Conclusão					
Atuação da Equipe NASF					
Subdimensões	Fontes e tipos de Coleta	Pontuação Máxima Esperada	Pontuação Observada (%)		
			Caso 1	Caso2	Caso 3
Retaguarda assistencial especializada	Entrevista com gestores, profissionais do NASF e da equipe de Saúde da Família; Observação Direta; Dados Secundários.	40	35 (87,5)	35 (87,5)	25 (62,5)
Integração intersetorial e na Rede de Atenção à Saúde		30	30 (100,0)	30 (100,0)	20 (66,7)
Apoio técnico pedagógico		60	52 (86,7)	58 (96,7)	30 (50,0)
GRAU DE IMPLANTAÇÃO (GI)		130	90,0%	94,6%	57,7%

Na análise imbricada, utilizando-se a triangulação de dados, foram elencados aspectos semelhantes e divergentes nos Casos, favoráveis e desfavoráveis à implantação das ações e trabalho da equipe NASF (Quadro 2).

Quadro 2: Aspectos semelhantes e divergentes entre os casos avaliados em Santa Catarina, 2015.

ASPECTOS SEMELHANTES	
Favoráveis	Desfavoráveis
Estrutura física adequada para desenvolvimento das ações do NASF	Dificuldade na operacionalização do Projeto Terapêutico Singular
Existência de espaço físico para reunião, organização e guarda de materiais do NASF	Pouca formalização da discussão de casos
Carro disponível para o NASF	Dificuldade na troca de saberes e discussão de temas clínicos com alguns profissionais médicos Ausência de reunião periódica das equipes de Saúde da Família com participação do NASF
Prontuário eletrônico implantado ou em processo de implantação	
Cronograma para uso dos espaços físicos nas Unidades Básicas de Saúde e no território	
Continua...	

ASPECTOS SEMELHANTES	
Favoráveis	Desfavoráveis
Conclusão	
Cobertura populacional da estratégia de Saúde da Família de 100% Realização de atendimentos compartilhados e interconsultas Grupos terapêuticos e educativos desenvolvidos em conjunto com equipes de Saúde da Família Articulação com os setores da Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar	Exiguidade de tempo nas agendas das eqSF para ações de apoio pedagógico do NASF
ASPECTOS DIVERGENTES	
Favoráveis	Desfavoráveis
<u>Caso 1</u> Existência de protocolos para organização do fluxo de encaminhamentos de especialidades <u>Caso 1 e 2</u> Apoio da Gestão Avaliação de listas de espera para especialidades Existência de planejamento formalizado	<u>Caso 1 e 2</u> Resistência de alguns médicos para realização de ações colaborativas e interdisciplinares <u>Caso 2 e 3</u> NASF como porta de entrada na Atenção Básica <u>Caso 3</u> Compreensão diversa sobre o papel do NASF entre gestão, equipes de Saúde da Família e equipe NASF Concentração maior em atendimentos individuais

Ações de implantação observadas

A apresentação dos resultados segue a disposição da MAJ (Quadro 1).

Aporte Organizacional

Os recursos federais motivaram a implantação dos Casos 1 e 2. No Caso 1, os profissionais foram contratados para o NASF a partir de discussão entre gestão e equipes, orientada pela demanda reprimida e agravos à saúde crônicos, incapacitantes e sociais.

O gestor do Caso 2 cadastrou os profissionais já existentes no município no ano de 2012, sem o conhecimento dos mesmos, mas a partir de 2013, sob nova gestão, a política de saúde foi redesenhada e o NASF teve sua equipe e coordenação definidas. [...] “*Estudamos o que*

era NASF, os indicadores do município, e foi definido o foco... utilizamos uma tríade como base: alimentação saudável, bem estar psicológico e atividade física. Essa visão norteia o trabalho de todos.” (E13).

Por ser município de pequeno porte a implantação do Caso 3 foi possível pela iniciativa de financiamento estadual em 2009. O processo de organização foi misto. [...] *“A gente até chegou a conversar sobre necessidades. Já tinha um psicólogo e um assistente social no município. Para o terceiro, o gestor sugeriu o fonoaudiólogo. Mas a demanda de fono não é grande. A equipe preferia nutricionista.” (E22).*

A infraestrutura para garantir condições ao desenvolvimento do trabalho da equipe NASF mostrou-se suficiente em todos os Casos. A mobilidade da equipe entre as UBS e no território estava assegurada, embora no Caso 3 necessitasse de organização e agendamento prévio, pois os veículos eram compartilhados com demais secretarias.

A disponibilidade de espaço físico exclusivo para as equipes do NASF em todos os Casos possibilitava reuniões, organização e armazenamento de material didático e equipamentos de apoio. Nas UBS, consultórios fixos, ou cronograma com divisão de consultórios, salas de reuniões e espaços coletivos estavam disponíveis. Os Casos 1 e 2 utilizavam ainda espaços e equipamentos da comunidade de forma periódica para realização de grupos terapêuticos e educativos, ações coletivas e intersetoriais nos territórios.

Para a comunicação da equipe NASF com as eqSF, gestão e entre si, eram utilizados mensagens instantâneas, telefone e email. No Caso 1 um aplicativo de mensagens instantâneas estava instalado em todos os computadores das UBS e gestão. Durante as atividades nas UBS, o recurso mais utilizado era a comunicação direta, pois era tida como mais ágil e facilitada.

Os municípios estavam informatizados, com computadores e acesso a internet em todas as UBS. O prontuário utilizado era o eletrônico, com registro único do paciente nos Casos 1 e 2. O Caso 3 utilizava o prontuário em papel com registros segmentados por categorias, em fase de implantação do eletrônico. O prontuário do paciente continha basicamente os registros médicos, com registro esporádico dos demais profissionais, disponíveis mediante solicitação. As informações julgadas relevantes pelos profissionais do NASF e da eqSF eram repassadas pessoalmente ou por meio de “cartas” via usuário. O sigilo ético era utilizado como justificativa dessa conduta.

Quanto à gestão de pessoas os Casos 1 e 2 apresentaram melhor situação do que o Caso 3. No indicador cobertura todos se assemelham

com apoio do NASF à totalidade das equipes. Forma de vínculo contratual e existência de Programa de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) orientaram a análise da fixação dos profissionais. Nos Casos 1 e 2 todos os contratos foram firmados mediante concurso público. O PCCS estava implantado no Caso 2. No Caso 3 apenas um profissional era concursado e os demais contratados por processo seletivo.

O Caso 1 destacou-se na qualificação profissional com o maior percentual de profissionais NASF qualificados na área de Saúde Coletiva e afins (80%) em contraposição aos demais que não superaram 25%. Os gestores dos três Casos liberam os profissionais para especialização, capacitações, eventos, cursos em temas pertinentes ao NASF e APS, sem compensação de horas. Utilizam as ofertas da gestão estadual e federal, universidades, Telessaúde e eventualmente organizam capacitações locais.

Uniformidade das ações, atuação articulada com as eqSF e monitoramento e avaliação refletem a organização e planejamento do trabalho, onde o Caso 2 melhor correspondeu aos requisitos de implantação esperados. O uso de diretrizes do MS era comum, com o esforço do Caso 1 em produzir protocolos próprios para Fisioterapia e Saúde Mental. [...] *“Os Cadernos do DAB ajudaram, mas são conceitos difíceis, com linguagem complexa, poderia ser mais simples.”*(E15).

O planejamento das ações do NASF era realizado e pactuado anualmente, em conjunto com as eqSF e gestão, com reavaliação periódica nos Casos 1 e 2. Considerava as necessidades de saúde e o diagnóstico epidemiológico, social e sanitário dos territórios e demandas das eqSF. A programação estava registrada com detalhamento para cada ação. As avaliações ocorriam durante as reuniões do NASF, com eqSF ou em encontros específicos para esta finalidade. Novas ações eram incluídas de acordo com a necessidade. O Caso 3 diferia por não realizar planejamento estruturado e a programação ocorrer por meio de conversas, mais restrito à organização de grupos. A carga horária não coincidente dos profissionais justificava tal conduta.

A articulação sistemática das ações, viabilizada pela presença do NASF nas reuniões de eqSF, não ocorre em nenhum Caso. Quando considera necessário a eqSF solicita a presença do NASF em suas reuniões. Observou-se um esforço de articulação no Caso 2 com a presença do NASF na reunião semanal da UBS. No Caso 3, as reuniões deixaram de acontecer pela dificuldade da equipe em gerenciar conflitos, porém havia um projeto para organizá-las. [...] *“No curso de especialização que estamos fazendo, temos projeto de retomar as reuniões de equipe com dias fixos. O projeto está pronto e vamos*

apresentar à gestora.” (E25).

O monitoramento e avaliação eram realizados nos Casos 1 e 2 com definição e uso de indicadores para acompanhamento das ações do NASF. O PMAQ e a AMAQ orientaram essa definição no Caso 1. O sistema próprio de informações no Caso 2 gerava indicadores previamente determinados, acrescido dos decorrentes das atividades coletivas.

Atuação da Equipe NASF

A retaguarda assistencial especializada é satisfatória nos Casos 1 e 2, e parcialmente no Caso 3. O atendimento compartilhado e a atenção em domicílio foram observados em todos os Casos. No atendimento compartilhado observou-se realização de interconsulta e, em menor escala, de atendimento conjunto presencial ao usuário. Alguns médicos resistiam ao atendimento conjunto, preferindo a interconsulta. Mecanismos informais de compartilhamento também foram relatados. A rede de conversas informais estava presente no cotidiano e em situações imprevistas nos três Casos. Todos os espaços de encontros das UBS eram utilizados para o compartilhamento de informações sobre os casos e troca de saberes. [...] *“O atendimento compartilhado e a interconsulta ajudam a completar as informações e facilita a atuação de todos.” (E17) [...] “Essa troca que acontece hoje aumenta a qualidade e a resolutividade dos atendimentos. Antes o profissional ficava muito isolado”. (E14).*

A concentração dos atendimentos clínicos individuais é variável e supera 80% da carga total no Caso 3, gira em média de 50% no Caso 1 e é inferior a 40% no Caso 2. O acesso do usuário ao NASF também era variável. A regulação do acesso pela eqSF em 100% dos encaminhamentos se dava apenas no Caso 1. Nos demais mesclavam encaminhamento e acesso direto.

A integração intersetorial e com a rede de serviços foi observada satisfatoriamente nos Casos 1 e 2 e parcialmente no Caso 3. Estratégias para qualificação dos encaminhamentos foram identificadas no Caso 1 com a elaboração e implantação dos protocolos de Saúde Mental e Fisioterapia e avaliação das respectivas listas de espera. A experiência será ampliada para as demais categorias. No Caso 2, a estratégia consistia na discussão e acordo entre NASF, eqSF e gestão de casos selecionados. A lista de espera estava com a regulação, com apoio do NASF, quando necessário. No Caso 3 não foi identificada estratégia organizada, apenas ações pontuais.

A articulação com outros pontos de atenção foi observada em

todos os Casos, embora a rede de serviços de saúde fosse pequena, devido ao porte populacional dos municípios. Foi constatada articulação com ambulatório de especialidades, com Pronto Atendimento 24h e Hospital de Pequeno Porte, e com SAMU, na estabilização das situações antes de serem enviados a municípios vizinhos.

Articulação com outros setores também foi constatada. Era comum o desenvolvimento de atividades coletivas, educativas, de grupos e atendimentos conjuntos com a Educação, Assistência Social e Conselho Tutelar. No Caso 2 também havia parceria com a Agricultura, Esportes, Obras e Infraestrutura, Turismo e Cultura, Coral da Cidade, e participação em Conselhos. [...] *“A articulação ajuda, soma, contribui em termos de racionalizar e juntar recursos para executar as atividades.”* (E3).

O apoio pedagógico do NASF é realizado nas atividades educativas, coletivas, de discussão de casos e elaboração de projeto terapêutico singular (PTS). Foi constatado como satisfatório nos Casos 1 e 2 e de forma parcial no Caso 3, que não realizava o PTS.

As discussões de casos se davam também em espaços informais mediante acordo entre os profissionais. As devolutivas aconteciam pelo prontuário eletrônico, conversas informais, ou em reuniões chamadas para esta finalidade. [...] *“A discussão de casos acontece conforme a necessidade e é mais imediata do que ter espaços formais para isso. Assim é mais ágil e o retorno ao paciente mais rápido.”* (E19).

Ressalta-se que, no Caso 1, o processo de discussão de casos e PTS sofreu recentemente um retrocesso devido ao limite de participação do NASF nas reuniões de eqSF. [...] *“Antes a gente tinha discussões mensais, preparava o material que ajudava o estudo de caso, hoje ficou restrito ao consultório, além de ter pouca demanda, acho que é necessário rever a decisão com o gestor. O PTS está sendo esquecido pelas equipes.”* (E4).

No Caso 2, foram relatadas dificuldades de entendimento sobre a proposta do PTS. [...] *“Temos bastante dúvida em relação ao PTS, a gente pensa que deveria fazer, mas não sabe muito bem como”* (E25)

A participação dos profissionais do NASF é variável na capacitação das eqSF, elaboração de material educativo, participação de atividades coletivas na UBS e no território, cumprindo parcial ou integralmente seu papel de apoiador nas atividades educativas e coletivas.

Nos Casos 1 e 2, estavam contempladas atividades de capacitação para técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS, recepcionistas e cuidadores de pessoas idosas. Com os demais profissionais aconteciam

no formato de discussão de aspectos clínicos e do processo de trabalho, ou nas atividades de grupos. No Caso 3, acontecia informalmente ou nos grupos, mas os profissionais relataram a necessidade de atividades organizadas.

Todos os grupos terapêuticos contavam com material educativo elaborado e apoio na confecção de convites, lembranças e decoração. No Caso 1 foram observadas cartilhas de orientação para os Centros de Educação Infantil, Manipuladores de Alimentos, boa recepção nas UBS e Cuidadores de Idosos.

A participação do NASF nas atividades dos grupos foi identificada como principal atividade de apoio técnico pedagógico.

Discussão

Este estudo identificou dois casos como “implantados” e um caso como “parcialmente implantado” nas duas dimensões de análise: Aporte Organizacional e Atuação da Equipe NASF.

Os aspectos externos considerados neste estudo, tamanho do município, IDH-M, rede própria de serviços de saúde, não se mostraram fatores diferenciais para o grau de implantação dos Casos.

Neste estudo identificou-se que todas as categorias profissionais do NASF tiveram papel importante, com demanda tanto das equipes quanto da população, mas foi consenso a identificação, pelos entrevistados, da fisioterapia, psicologia e nutrição como prioritárias. Foi critério de seleção compor com estas categorias profissionais, neste estudo. As mesmas são identificadas como as mais frequentes em estudos do tema⁹.

De acordo com os profissionais das eqSFs e os gestores entrevistados, as atividades do NASF consideradas mais importantes para qualificar a atuação da eqSF são a participação em atividades preventivas e de promoção da saúde, de forma especial nos grupos terapêuticos e educativos, e as discussões de casos e troca de saberes.

Pode se aferir que a confluência de fatores favoráveis, num determinado tempo e espaço, influenciaram o resultado do julgamento nos Casos 1 e 2, classificados como “implantados”. Destacam-se a ocupação dos espaços de gestão por atores com afinidade ideológica com a proposta NASF, forte poder indutor de mudanças, autonomia, capacidade de negociação e disponibilização de recursos estruturais e organizacionais necessários. Ainda a presença de profissionais com compreensão do papel do NASF, comprometimento com os princípios

da APS, e receptivos a indução da gestão. Essas características foram fundamentais para o êxito da proposta inovadora, que incorpora tecnologias de cuidado densamente relacionais e centradas no usuário e sua necessidade.

Além dos aspectos favoráveis estarem ausentes no Caso 3, destaca-se o processo de trabalho da APS pouco organizado como fator de provável contribuição para o julgamento “parcialmente implantado”. O MS ressalta que em arranjos onde o NASF apoia uma ou duas eqSF a distinção entre NASF e eqSF pode ser mais formal que real e que esse arranjo teria potência de realizar ações mais intensivas e articuladas³. Neste caso estudado, que apoia apenas uma eqSF, os profissionais o identificavam mais como uma equipe ampliada do que como apoio, mas agregando ofertas decorrentes dos núcleos profissionais, com dificuldades de articulação.

Os aspectos relativos a condições estruturais e de trabalho foram citados como essenciais ao desenvolvimento de práticas colaborativas e interdisciplinares em diversos estudos¹⁰⁻¹¹. Neste estudo também se verificou como suficientes e adequados nos três Casos, com destaque para a comunicação facilitada e o vínculo existente entre os profissionais.

A organização de uma agenda eficiente do uso dos espaços físicos nas UBS e no território, aliado a existência de um espaço fixo próprio mostrou-se uma composição apropriada de suporte estrutural para que o NASF possa dar conta do apoio matricial nas dimensões assistencial e pedagógica. Um espaço físico próprio do NASF, equipado com computador e acesso a internet possibilita atuação compartilhada da equipe por viabilizar encontros, reuniões, estudos, elaboração de conteúdos, armazenamento de materiais e de equipamentos de apoio, contrariando as diretrizes ministeriais³⁻⁴.

A formação insuficiente dos profissionais é apontada em vários estudos como entrave para a consolidação do modelo de atenção no SUS, exigindo que a prática se construa a partir de cada contexto, em aprendizado coletivo e cotidiano¹²⁻¹³. A pós-graduação e educação permanente em serviço são apontadas como formas de suprir esta deficiência¹⁴. A presença de 80% dos profissionais com pós-graduação em Saúde Coletiva ou afim somado ao processo de discussão entre as equipes no Caso 1 podem estar relacionados a apropriação dos conceitos e diretrizes da proposta NASF, bem como sua operacionalização de forma mais organizada e uniforme.

A proposta NASF aposta em tecnologias inovadoras ainda não incorporadas pela ESF no país e insere o aspecto relacional do cuidado na agenda da APS¹⁴⁻¹⁵. As eqSF lidam com grande demanda por

atendimentos com soluções rápidas e inadiáveis, enquanto o NASF prioriza a reflexão, discussão e atuação compartilhada, o que gera um descompasso no trabalho integrado e acaba por exigir ajustes. Aspectos distintos do processo de trabalho como a produtividade esperada, tempo destinado à realização das ações, exercício da clínica, atenção a diferentes demandas, ferramentas tecnológicas de cuidado utilizadas, e monitoramento e avaliação das ações foram destacados em estudos^{13,16-17}. Estes aspectos foram relatados como desafios constantes no processo de interação das equipes em todos os Casos analisados.

A proposta do NASF em conjunto com a ESF busca reorientar o modelo de gestão e de atenção em saúde, em uma lógica contrária aos modelos convencionais de cuidados, centrados na assistência curativa, especializada, fragmentada e individual¹⁴. Normativas e diretrizes abrangentes sobre o processo de trabalho do NASF são insuficientes para dar suporte à prática cotidiana, exigindo sua construção em campo, e assim permitindo múltiplas formas de atuação e modelos assistenciais¹⁸. Sampaio et al.¹⁹, corroboram com a divergência de interpretação dos documentos ministeriais sobre o papel e a forma de operar, possibilitando conformações segundo o direcionamento da gestão local.

Os Casos analisados apresentaram diferentes formas de organização e atuação. Observou-se a prática centrada em atendimentos individuais e com incipientes propostas colaborativas e interdisciplinares no Caso 3. Práticas embasadas na vigilância em saúde com foco em ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e qualidade de vida, atuação articulada às eqSF e com os demais serviços, forte presença nos territórios e fortalecimento da articulação intersetorial orientavam os modelos dos Casos 1 e 2. Ambos evidenciaram a atuação do NASF como dispositivo de gestão, ou seja, protagonista na forma de organizar a rede local de saúde e, em consequência, na conformação do modelo assistencial adotado nos contextos locais.

Franco²⁰ discute a idéia de que nos serviços de saúde coexistem múltiplas redes que operam em conexões entre si, em diversas direções e sentidos. Essas redes formam-se sobre uma suposta linha de cuidado, ou seja, a partir do conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, os projetos terapêuticos. Os trabalhadores de saúde, a partir do seu protagonismo, podem estabelecer e operar outros fluxos e conexões produzindo o cuidado na rede que se formou e não na estrutura da norma. O autor defende a caracterização de uma rede na saúde, composta por múltiplas outras redes que operam na micropolítica do processo de trabalho em saúde, tendo como elemento

central o trabalho vivo em ato. Nos Casos 1 e 2, foram identificadas redes de cuidado com diversas configurações, fluxos produzidos a partir dos processos comunicacionais e relacionais entre as equipes, serviços, gestores e usuários. Essas redes são possibilitadas a partir do processo de discussão entre as equipes, da atuação interdisciplinar e corresponsável, do maior conhecimento da rede de serviços e dos usuários e têm como condição facilitadora a atuação do NASF norteada pelo apoio matricial.

Para Oliveira e Campos²¹ a metodologia de apoio matricial recomenda a personalização das relações interprofissionais, o estabelecimento de contrato sobre a organização dessa relação para ordenar o compartilhamento, definição de responsabilidade pelo caso, utilização de formas de cogestão e do método da roda, e se constitui numa forma de educação permanente.

Estudos demonstram que o apoio matricial e de forma especial o projeto terapêutico singular ainda precisam ser consolidados, o que exige ajuste no processo de trabalho das eq SF e NASF, com fomento de espaços coletivos de discussão, reflexão, prática e forte investimento nos processos comunicacionais^{11,13,18}. Nos casos analisados, dificuldades no entendimento e operacionalização do PTS e das discussões de casos foram observados. Além disso, alguns profissionais médicos da eqSF, relataram pouca disponibilidade para este tipo de prática.

Matuda et al.¹⁶, ressaltam que o vínculo e a comunicação entre os integrantes das equipes pode facilitar a interação e melhorar o grau de colaboração entre os profissionais ampliando as possibilidades da atenção, o que foi observado neste estudo. Uma condição importante para a interação foi a existência de uma rede informal de conversas, de um esforço de corresponsabilização e da disposição para o aprendizado sobre as dinâmicas relacionais, na relação entre as equipes e os usuários, e também entre os membros das equipes.

O acesso à atenção especializada persiste como desafio. Embora os municípios estudados demonstrem esforço em atender a esta demanda, a quantidade e o tempo de espera para consultas e exames dificultam a atuação do NASF. O acompanhamento do usuário enquanto aguarda a consulta ou exame é uma estratégia adotada pelo NASF para o não agravamento da situação, o que configura um cuidado mais relacional do que resolutivo, importante para a manutenção do vínculo com o usuário e eqSF.

Com base nesta avaliação os principais facilitadores verificados na implantação do NASF foram: apoio institucional e da gestão; processo reflexivo de inserção do NASF na APS; condições estruturais e

de trabalho adequadas e suficientes; apoio à qualificação contínua dos profissionais; institucionalização de espaços de educação permanente; planejamento conjunto; processos ágeis de comunicação; trabalho em equipe; articulação intersetorial e com serviços de saúde; ações coletivas; atuação pautada na interdisciplinaridade e corresponsabilização; atenção centrada no usuário e suas necessidades.

Nos resultados esperados do NASF, a ampliação e a qualificação das ações na APS foram observadas principalmente na oferta de grupos terapêuticos, atendimentos individuais específicos regulados pela eqSF e educativos, visitas domiciliares e ações coletivas nos territórios e com outros setores.

Como limitação deste estudo aponta-se a análise a partir da escolha das fontes de evidência gestores e profissionais, não incluindo os usuários. Para minimizar, utilizaram-se múltiplas fontes de evidência e a triangulação na análise de dados. Outra limitação refere-se à técnica de coleta, entrevista, que retrata não necessariamente o que o sujeito faz, mas o modo como se expressa mediado pela sua compreensão do que lhe foi perguntado. O roteiro foi testado e analisado previamente para superação desta limitação, aliado a estratégia de análise da convergência das respostas.

Considerações Finais

Um conjunto de fatores que facilitam ou comprometem a implantação do NASF e as oportunidades de melhoria no apoio às equipes de SF foram verificadas neste estudo, que contemplou diferentes arranjos organizacionais previstos na legislação. Foi possível observar que as práticas propostas para o NASF dependem de infraestrutura e condições organizacionais adequadas, bem como de ajustes no processo de trabalho das equipes, do comprometimento e disponibilidade dos profissionais, e que elas se constroem no cotidiano, aprendendo ao fazer. São fundamentais a compreensão sobre o papel do NASF e do apoio matricial por todos os atores, mas a mudança no processo de trabalho se dá a partir da capacidade de reflexão e do questionamento da prática, de forma a resultar em mudança de atitude.

A organização do trabalho no NASF é dependente da organização do processo de trabalho da ESF e da APS do município, que necessitam estar alinhados. A atuação colaborativa e interdisciplinar acontece quando os processos de trabalho estão organizados para tal e os atores envolvidos sensibilizados e comprometidos, mas como todo processo,

passível de construção e reformulação cotidianas.

A avaliação realizada permitiu discriminar a contribuição das subdimensões para o grau de implantação. Foi útil para compreender o que contribui para os aspectos exitosos do NASF, para o alcance de seus objetivos e para identificar seus limites.

A submissão e validação do plano avaliativo a especialistas, a aplicação nas diferentes conformações legais do NASF e triangulação dos dados coletados permitiram verificar de forma contínua a confiabilidade e a interpretação das informações, contribuíram para a validade interna deste estudo e indicaram a possibilidade de replicação em diferentes contextos.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. Diário Oficial da União. 2008;25 jan.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Cadernos de Atenção Básica, n. 39.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Cadernos de Atenção Básica; n. 27.
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. CadSaude Publica. 2007 Fev(Acesso em 2015 out 29);23(2):399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>.
6. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. Saude Soc. 2011;20(4):961-70.

7. Brasil. Portal da Saúde, Ministério da Saúde. Brasília; 2015 (Acesso em 2015 out 29). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/>.
8. Champagne F, Broussele A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise da implantação. In: Broussele A et al, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro : FIOCRUZ; 2011. p. 217-38.
9. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2012;17(3):188-94.
10. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K; Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJF et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012 (Acesso em 2015 out 29); 28(11):2076-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>
11. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saude da Familia. *Rev Saúde Pública*, 2013;47(5):968-75.
12. Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis*. 2014;24(2):507-25.
13. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(9):2847-56.
14. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde Debate*. 2013;37(99):672-80.
15. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;16(3):317-24.

16. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 (Acesso em 2015 out 29);20(8):2511-21. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>.
17. Gonçalves SRMA, Lancman S, Sznclwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Ver Bras Saúde Ocup*. 2015;40(131):59-74.
18. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014(Acesso em 2015 out 29);19(8):3561-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03561.pdf>.
19. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;16(3):317-24.
20. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 459-74.
21. Oliveira MM, Campos GWS. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(1):229-38.

5.2 ARTIGO 2: ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO E DESAFIOS NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: CASOS EXITOSOS

Estratégias de atuação e desafios no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: casos exitosos

Resumo

Estudo de casos múltiplos para identificar estratégias utilizadas na atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e desafios à sua integração na Atenção Primária em Saúde (APS). Foram considerados dois casos julgados como exitosos em uma avaliação de implantação realizada em 2015. As técnicas de coleta de dados foram: análise documental; observação direta e entrevista. Foram entrevistados 21 profissionais de saúde e gestores. Empregou-se análise de conteúdo para os dados, da qual emergiram quatro eixos temáticos: constituição e institucionalização do NASF; planejamento e articulação; apoio às equipes de referência; e resultados da atuação. O apoio da gestão, planejamento integrado, comunicação ágil, espaços coletivos de interação e de cogestão, qualificação dos profissionais e infraestrutura adequada foram identificadas como estratégias que viabilizam a atuação compartilhada entre profissionais e ampliam a oferta de ações e do cuidado na APS. Persistem desafios ligados ao entendimento do apoio matricial, elaboração de projetos terapêuticos singulares e necessidade de adequação da formação dos profissionais de saúde para atuação compartilhada. O NASF apresenta potencialidade para auxiliar na reorganização dos processos de trabalho, ampliar a oferta de ações na APS e qualificar o cuidado em saúde.

Palavras chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Apoio Matricial; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Com recursos financeiros destinados para a contratação de profissionais de apoio às equipes de Saúde da Família (eqSF), em 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm como diretriz central o apoio matricial em saúde para as equipes de referência.

O trabalho no NASF visa à ampliação da clínica e integração dialógica entre diferentes profissões com corresponsabilização, e para isso se fazem necessárias mudanças na forma de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

O NASF busca potencializar as tecnologias relacionais (interação e comunicação) a partir de diretrizes pautadas no trabalho em equipe e na colaboração interprofissional para uma abordagem integral da Estratégia Saúde da Família (ESF). O apoio matricial em saúde é uma metodologia de trabalho e um arranjo organizacional¹ que objetiva assegurar retaguarda especializada, clínico assistencial e técnico pedagógica, para as equipes de referência. A eqSF, equipe de referência na ESF, tem responsabilidade pela condução de casos individuais, familiares ou comunitários de forma longitudinal.

O apoio matricial implica a construção de um projeto terapêutico integrado. A sua execução pode contemplar atendimentos e intervenções conjuntas, troca de conhecimentos e orientações com reavaliação ou reorientação de condutas, mantendo o caso sob cuidado da equipe de referência¹. Os arranjos do apoio matricial e da equipe de referência buscam construir uma democratização organizacional e uma ampliação do campo comum de conhecimento dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial, de forma a possibilitar a valorização da singularidade dos casos e das situações de saúde. Este campo comum deve possibilitar que a identidade construída pelo núcleo de saber de cada profissão possa se abrir para a atuação multiprofissional com interdisciplinaridade².

A criação do NASF aponta um movimento do MS para remodelar o cuidado em saúde na Atenção Primária em Saúde (APS), apostando em processos relacionais, interdisciplinares e de corresponsabilização para um trabalho integrado entre as equipes, de apoio e referência. Frente ao caráter inovador do NASF, estudos que visam ao conhecimento mais aprofundado são necessários, uma vez que as melhorias nos processos de produção do cuidado poderão ter reflexos significativos na qualidade e resolutividade do atendimento à população.

O objetivo deste estudo é identificar estratégias utilizadas pela

gestão e equipes para viabilizar e potencializar a atuação do NASF, bem como os desafios que persistem para sua integração à APS.

Método

Estudo de casos múltiplos realizado em Santa Catarina, no período de março a setembro de 2015. Os casos integraram um estudo de avaliação de implantação do NASF, realizado em 2015, e foram considerados implantados.

Os procedimentos utilizados para coleta dos dados incluíram: i) análise de documentos relacionados ao NASF nos municípios: projeto para implantação, Planos Municipais de Saúde, protocolos elaborados, relatórios de planejamento e programação de ações; ii) observação direta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para verificar os aspectos estruturais, organizacionais e de operacionalização do trabalho do NASF em conjunto com as eqSF, registrados em diário de campo e; iii) entrevistas com gestores e profissionais do NASF e das eqSF.

As entrevistas ocorreram em lugares reservados no ambiente de trabalho e de acordo com escolha e disponibilidade dos profissionais e seguiram roteiro pré-elaborado e testado, com leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi respeitado o anonimato, nomeando os informantes como entrevistado seguido do número da entrevista (E_n). Foram 21 entrevistas: dois gestores municipais (Secretários Municipais de Saúde), dois coordenadores da APS, oito profissionais do NASF (fisioterapeuta (2), psicóloga (2), nutricionista (1), fonoaudióloga (1), farmacêutica (1), educador físico (1)) e nove profissionais das eqSF, um de cada equipe apoiada, indicados pela gestão (médico (3), enfermeiro (4), técnico de enfermagem (1), cirurgião-dentista (1)). As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e registradas em planilha eletrônica. Tiveram média de duração de 40 minutos para profissionais das eqSF, de 60 minutos para profissionais NASF e de 1h30min minutos para gestores.

Foi realizada a análise de conteúdo³, que considerou o exame de qualidade e pertinência das respostas em relação à pergunta, a convergência das respostas entre os entrevistados, o mapeamento e observações, extração de trechos das respostas e síntese das observações. As informações dos documentos, registros, entrevistas e diário de campo foram decompostas e agregadas de acordo com os seguintes eixos temáticos: constituição e institucionalização do NASF; planejamento e articulação; apoio às equipes de referência; e resultados

da atuação. Procedeu-se a triangulação das entrevistas com as observações de campo e os documentos analisados, a fim de contribuir com a validade interna do estudo⁴.

As Secretarias Municipais de Saúde autorizaram formalmente a realização da pesquisa. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, com parecer número 674.338, de 05/06/2014, de acordo com a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados e discussão estão estruturados em três blocos: caracterização dos casos; estratégias de atuação; e desafios. Ressalta-se que o referencial do apoio matricial perpassa todos os eixos, pois se constitui em aspecto transversal na atuação das equipes NASF.

Caracterização dos Casos

O Quadro 1 sintetiza as principais características identificadas nos Casos. O município do Caso 1 possui uma UBS com horário estendido e tem referência em municípios próximos para urgências, emergências e internações hospitalares. O município do Caso 2 conta com Hospital de Pequeno Porte e pronto atendimento 24h.

Quadro 1: Principais características dos Casos em Santa Catarina, 2015.

Característica	Caso 1	Caso 2
Modalidade de NASF	Modalidade I	Modalidade II
Data da criação do NASF	Março de 2010	Setembro de 2012
Categorias profissionais	Psicólogo (1); fisioterapeuta (1); nutricionista (1); e farmacêutico (2)	Psicólogo (1); fisioterapeuta (1); nutricionista (1); educador físico (1); e fonoaudiólogo (1)
Total de horas semanais dos profissionais	200h (todos com 40h semanais)	120h (todos com 20h semanais)
Faixa etária dos profissionais	Entre 24 e 36 anos	Entre 23 e 38 anos
Gênero dos profissionais	Feminino (4); masculino (1)	Feminino (5); masculino (1)
Continua...		

Característica	Caso 1	Caso 2
Conclusão		
Vínculo contratual dos profissionais	Concursados; emprego público com CLT	Concursados; estatutários
Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários incluindo profissionais NASF	Não	Sim
Número de profissionais com pós-graduação em Saúde Coletiva ou afim	4 (80%)	1 (17%)
Número de equipes de Saúde da Família vinculadas ao NASF	6	3
Número de UBS em que atuam as equipes de Saúde da Família	4	1
Horário de trabalho compatível com o das UBS e equipes SF	Sim	Sim
População do município (IBGE 2015)	18.827 habitantes	6.366 habitantes
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M	0,769	0,700

*UBS – Unidade Básica de Saúde.

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

Nos dois Casos estão disponíveis elementos organizacionais essenciais, tais como: definição de áreas de abrangência, carro oficial para mobilidade entre as UBS e nos territórios, espaço físico exclusivo para a equipe NASF, cronograma atualizado de uso dos espaços físicos nas UBS e nos territórios, internet disponível, rede de serviços de saúde informatizada, prontuário eletrônico, registro das ações em prontuários comuns, disponibilidade de uso de email e telefone, e acesso à atenção secundária. São disponibilizados materiais de apoio e equipamentos para grupos, bem como para atividades coletivas, educativas e terapêuticas. Os profissionais do NASF são liberados para especialização, capacitações, eventos e cursos em temas pertinentes, com auxílio de custo e sem necessidade de compensação de horas.

Para identificar as estratégias de atuação foram criados quatro eixos temáticos: constituição e institucionalização do NASF; planejamento e articulação; apoio às equipes de referência; e resultados da atuação, apresentados a seguir.

a) Constituição e Institucionalização do NASF

Para o NASF, administrativamente, a constituição da equipe multiprofissional deve ser definida pelos gestores municipais a partir das demandas identificadas em conjunto com as eqSF, e varia de acordo com as necessidades do território⁵⁻⁶. O aporte de recurso aos municípios foi o fator indutor para criação do NASF identificado nos Casos.

No Caso 1 os profissionais foram contratados para atuar no NASF e no Caso 2 foram cadastrados profissionais que já atuavam na rede. Como a experiência da maioria dos profissionais era em atendimentos individuais, foram necessárias mudanças no processo de trabalho, pois o trabalho no NASF opera em equipe. A simples presença do profissional de apoio não é suficiente. É preciso revisão das práticas em direção ao compartilhamento e à construção de novas formas de produção do cuidado que privilegiem o conhecimento e a atuação interdisciplinar, o que pressupõe a existência de um objetivo comum e a disponibilidade para o diálogo e o trabalho compartilhado⁷.

A estratégia de gestão do trabalho utilizada nos dois Casos foi instituir momentos de encontro, reflexão, discussão, definição de prioridades e da forma de atuação. Esses encontros prévios ao início dos trabalhos foram fundamentais para criar identidade de equipe: “[...] cada profissional tinha uma forma de conduzir seu trabalho. Foi fundamental a gente ter um tempo para se conhecer, criar vínculo, entender o que era NASF e nossa atuação a partir dali, como grupo que se apóia para poder apoiar”. (E4).

Para uma equipe multiprofissional atuar de forma interdisciplinar é preciso reconhecimento do outro, encontro dialogado, cooperação, valorização do conhecimento técnico, relações mais horizontais e menos desgastantes e trabalho coeso em torno de um objeto comum. A identificação com o trabalho e o sentido de pertencimento ao grupo pode gerar maior mobilização de suas habilidades técnicas e capacidade de interação⁸.

A integração entre profissionais requer tempo e investimento, pois se refere ao campo dos valores e do diálogo entre as competências e a capacidade de entender a autonomia como relação entre os saberes profissionais, na escolha da melhor prática, dos limites de sua ação frente à necessidade do usuário e no campo comum de atuação⁸.

No NASF momentos de convivência juntos, em tempo e espaço, são ainda mais importantes tendo em vista que o local de atuação dos profissionais é o território das eqSF. Em ambos os Casos, atenta a estes aspectos e necessidades, a opção da gestão foi destinar um espaço físico exclusivo para a equipe NASF: “Nossa sala é nosso porto seguro. Aqui

nos encontramos todos os dias, nos apoiamos, trocamos idéias, experiências, demandas, discutimos casos. Aqui nos sentimos uma equipe, onde podemos pedir auxílio e aprender com o outro”. (E5).

A instituição de uma coordenação para o NASF conferiu maior autonomia e fortaleceu o sentido de equipe no grupo de profissionais. Outro aspecto fundamental para o início dos trabalhos foi a decisão de limitar os atendimentos individuais, destinando a maior parte do tempo para apoio pedagógico aos profissionais das equipes apoiadas.

Nos dois Casos a incorporação do NASF foi indutora de mudanças na organização do processo de trabalho da APS. No Caso 1, a implantação do NASF ocorreu no momento em que a APS estava se reorganizando, com apoio e condução da gestão. Como exemplo, os profissionais do NASF, percebendo que as enfermeiras das eqSF eram responsáveis pela condução e organização dos processos de trabalho, criaram encontros mensais para trocas de experiências e vinculação. *“As enfermeiras desenvolviam seu trabalho isoladas. Percebemos várias coisas legais que elas faziam, mas ninguém sabia. Iniciamos um encontro mensal, com pauta livre, incentivando a troca. Isso facilitou refletir várias ações que davam certo e ajudou a uniformizar a atuação da ESF”. (E3).*

No Caso 2, a indução de mudanças ocorreu no momento da troca de gestão em 2013, quando o modelo de atuação para a APS foi redesenhado. Até então a assistência à saúde prestada à população era centrada na consulta médica e prescrições. A nova gestão construiu com os trabalhadores uma visão para o município: *“qualidade de vida a partir de uma tríade: alimentação saudável, atividade física e bem estar psicológico”*. Todas as ações tiveram esse embasamento e direção. Uma estratégia para suscitar o sentido de responsabilidade, pertencimento e colaboração foi nomear dois profissionais da rede como coordenadores de cada atividade com temas e ações sistemáticas. A resistência de alguns profissionais foi uma dificuldade que precisou ser superada: *“De início houve muitas dificuldades, a mudança na forma de trabalhar, entender o que era o NASF, por onde começar, criar os programas, o convencimento dos profissionais, trabalhar os médicos para isso (houve demissões), neutralizar a resistência dos médicos. Fazer com que todos visualizassem onde queríamos chegar”. (E13).*

A decisão política de que o NASF seria a estratégia para reorganizar o processo de trabalho na AB é destaque no Caso 2: *“O Prefeito quer que a população conheça e entenda o que é o NASF. Nas atividades coletivas, estão presentes prefeito, vice-prefeito, primeira dama, contemplando a parte política. A população passou a dar*

importância e a participar mais”. (E13).

Na organização ou reorganização do modo de operar o cuidado em saúde devem estar envolvidos aqueles que produzem as necessidades de saúde, os que dominam certos saberes e práticas e operam sobre estas necessidades, mediados por aqueles que ocupam espaços institucionais de governo legitimados para conduzir o processo.

A presença do NASF nos Planos Municipais de Saúde (PMS) e nas pautas dos Conselhos de Saúde (CS) contribui para sua institucionalização e sustentabilidade e foi identificada em ambos os Casos. No Caso 1, o NASF tem espaço de destaque no PMS vigente, ocupando seis das trinta páginas do corpo do plano. Os protocolos elaborados pelo NASF foram aprovados no CS: *“Os protocolos trazem a forma como o NASF está estruturado, dá a direção. Se amanhã chegar um novo profissional, terá que seguir a orientação”*. (E6).

b) Planejamento e articulação

Os espaços coletivos possibilitam encontros e constroem oportunidades para a análise e a tomada de decisão coletiva sobre temas relevantes. A realização de planejamento conjunto é importante espaço coletivo e de cogestão, com a função de também organizar o trabalho compartilhado e criar condições para a colaboração na ESF.

Os temas da cogestão e da democracia organizacional são defendidos por Cunha e Campos² como fundamentais para a proposta de equipe de referência e apoio matricial. A cogestão implica o exercício compartilhado do governo de um serviço ou programa, com coparticipação em todas as etapas. A democracia organizacional depende da instituição de sistemas de cogestão e da construção de espaços coletivos, objetivando compartilhar a gestão com as equipes de trabalho.

Nos dois Casos foi identificada a realização de planejamento anual para a APS pactuado em conjunto entre NASF, eqSF e gestão, com reavaliação periódica. Esse planejamento norteava todas as ações e refletia um movimento em busca da democracia organizacional.

No Caso 1, o planejamento incluía todas as atividades do NASF. As ações coletivas e de grupo foram pactuadas para o município a partir de um diagnóstico inicial da situação de saúde e cada eqSF fez adesão de acordo com suas necessidades. Era organizado cronograma anual para atendimentos individuais e agenda de reuniões com eqSF. A programação continha registro detalhado das ações: objetivos, público alvo, periodicidade, responsáveis, atividades, recursos necessários e profissionais participantes. As avaliações ocorriam durante as reuniões

do NASF com eqSF ou em encontros para esta finalidade, com inclusão de ações ou adaptações necessárias. *“O NASF faz o elo entre todas as equipes, melhorou o planejamento, dando uma linha geral. Há um consenso entre as equipes hoje, como atuar, como colaborar, como trabalhar juntos e isso o NASF consolidou [...]”*. (E2).

No Caso 2 as ações também eram planejadas anualmente, constando todas as atividades previstas, inclusive as intersetoriais. Foram identificadas 26 atividades com registro de objetivos, público alvo, indicação de coordenadores e de participantes. Há um programa norteador, denominado Meses Coloridos, onde todo mês um tema diferente associado a uma cor é trabalhado nos espaços de atuação e no acolhimento dos usuários na UBS, que recebe decoração e customização adequada a cada tema e cor.

Uma estratégia adotada pela gestão do Caso 2 é destinar parte do incentivo financeiro federal e estadual e todo o recurso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) para custear material de apoio às atividades educativas, preventivas e para aquisição de equipamentos e materiais necessários aos atendimentos específicos. *“Esse é o diferencial aqui, o recurso fica na Saúde e temos autonomia para definir seu uso. Prevenção não é caro e funciona”*. (E17).

Nos dois Casos, o planejamento é assumido como um processo contínuo e dinâmico: *“Estamos sempre planejando. No planejamento anual, que tem reavaliação semestral. Nas reuniões semanais de equipe, do NASF e nos encontros informais”*. (E15).

No Caso 2 foram elaborados protocolos de atuação e fluxo nas áreas de Fisioterapia e Saúde Mental, e está sendo elaborado para Nutrição. Os protocolos organizam, direcionam e comprometem os diferentes atores para o cuidado e dão visibilidade ao processo articulado entre NASF, eqSF e serviços especializados.

O monitoramento faz parte do processo de trabalho das equipes. O PMAQ assume importante papel de mobilizador, em especial no Caso 1, na definição dos indicadores, informações e condutas. No Caso 2 o sistema de informação estava organizado de forma a gerar indicadores de monitoramento da produtividade e de encaminhamentos do NASF. Nos dois Casos o acompanhamento dos grupos e atividades coletivas era registrado e sua evolução discutida com eqSF. Ambos estavam em processo de migração para o e-SUS, que passará a incorporar o registro das ações do NASF. Ter uma linha de condução, dada pelo planejamento e monitoramento das ações, foi identificado como essencial para o trabalho.

O sucesso na adoção de tecnologias relacionais no processo de

trabalho do NASF está ligado à disposição dos profissionais, flexibilização de interesses compartilhados, postura de acolher as solicitações da equipe de referência, bem como à condução do processo de interação de modo a evitar conflitos⁹.

A reunião de eqSF é um espaço sistemático recomendado pelas diretrizes para interação entre eqSF e NASF⁶. Sua operacionalização foi observada de forma distinta nos dois Casos.

No Caso 1 os profissionais do NASF participaram mensalmente das reuniões de eqSF, até o início de 2015. Com a mudança de gestão, a participação foi condicionada ao convite, sob a alegação de excesso de reuniões. Essa decisão foi corroborada por alguns médicos que acham inoportuno discutir casos nas reuniões de equipe na presença das Agentes Comunitárias de Saúde. Observou-se uma importante redução da participação do NASF nas reuniões. *“Está fazendo falta participar das reuniões de equipe. Na avaliação do final de ano vamos defender novamente nossa posição de participar das reuniões”*. (E3). [...] *“Faz falta a discussão e o planejamento em conjunto com NASF que acontecia nas reuniões de equipe”*. (E7).

No Caso 2, não há reunião de equipe em separado. EqSF e NASF participam na reunião geral da UBS, que ocorre semanalmente. Quando identificada necessidade específica, são promovidos encontros com o NASF ou parte dele.

Merhy¹⁰ chama a atenção para o uso de espaços informais como possibilidade de encontro e processo de educação permanente que podem ocorrer como roda de conversa no café, no corredor, em qualquer espaço criado pelo grupo. Essas conversas não pedem licença para o organograma oficial ou para a hierarquia da organização e ocorrem em acontecimentos, no cotidiano.

Nos dois Casos essa prática foi identificada e ocupa lugar central no apoio do NASF às eqSF, na discussão de casos, temas, como um processo de educação permanente, de troca de informação, de conhecimentos e até mesmo de decisões. *“Conversamos o tempo todo, acabamos discutindo casos, assuntos do trabalho, às vezes decidindo o que fazer, como encaminhar um caso em conversas na cozinha, nos corredores, no carro”*. (E12).

A articulação com outros serviços e setores é uma estratégia amplamente adotada nos Casos para responder à complexidade de

demanda dos usuários e da comunidade, bem como para estabelecer uma rede de apoio mútuo. A comunicação é facilitada pelas gestões, o que demonstra um processo de consolidação de uma cultura da presença da ESF nas atividades municipais, muitas vezes a partir do NASF. Essa articulação amplia o campo de atuação da ESF, traz maior apropriação do território e facilita o itinerário do usuário pelos serviços. Identificar necessidades de outros setores ou serviços facilitou a articulação e trouxe utilidade para as ações. Além da Assistência Social e Educação, que mais tradicionalmente se articulam, foram verificadas com Esportes, Turismo e Lazer, Obras, Agricultura, Cultura. Com outros serviços de saúde também foi verificada boa comunicação. O uso de espaços e ações já existentes potencializa recursos e facilita proporcionar ao usuário uma atenção mais integral. *“Fizemos um mapeamento das atividades que já existem na cidade e nos articulamos para atuar em conjunto, ampliando nossa campo de atuação”*. (E20).

Mecanismos ágeis de comunicação facilitam a integração entre as equipes, bem como apoio a situações urgentes e imprevistas. Observou-se facilidade para marcação de reunião específica, conversas informais, contatos por email ou telefone e uso do prontuário eletrônico, que tem acesso e registro de todos os profissionais de nível médio e superior. *“É muito boa a comunicação com o NASF. A gente chama e já responde por telefone ou no máximo em 24 horas por email, se estão em atendimento em outra unidade”*. (E12).

A articulação entre os profissionais e destes com a gestão é vista como um processo consolidado. Relatos apontam a percepção de não ser possível o trabalho da AB sem essa articulação e integração com o NASF. *“Não há mais como trabalhar sem esta articulação”* (E14) *“NASF vem para auxílio, melhora a atuação em todas as atividades por melhorar a visão da equipe, teríamos mais dificuldades para resolver determinadas situações”*. (E12).

c) Apoio às equipes de referência

No escopo de atuação do NASF o apoio assistencial se materializa nos atendimentos individuais clínicos e coletivos e na visita domiciliar. O apoio técnico pedagógico pode se dar na discussão de casos, projetos terapêuticos, atendimentos compartilhados, atividades coletivas e educativas, na qualificação dos encaminhamentos, articulações intersetoriais e com a rede de atenção à saúde. Todas estas ações devem estar pautadas na interdisciplinaridade e corresponsabilização.

No apoio assistencial, um dispositivo importante de integração e

corresponsabilização é a regulação pela eqSF dos encaminhamentos para o NASF⁶. No Caso 1 a regulação para o NASF é pela eqSF e no Caso 2 pode ocorrer por solicitação da eqSF ou no acolhimento na UBS, com escolha do profissional pelo usuário.

A visita domiciliar conjunta ou individual está na rotina dos Casos. É reconhecida e aceita pela população, com destaque para a fisioterapia, fonoaudiologia e farmácia. *“Eles (usuários) dão mais importância para o que a gente orienta, valorizam a ida até lá, a atenção recebida para além da equipe de SF”.* (E5).

A cooperação interprofissional, inerente à atuação do NASF, pode ser definida como o conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito de equipes de saúde. É um processo complexo, de múltiplos determinantes, voluntário e dinâmico, que implica constante negociação¹¹. O atendimento compartilhado não é um atributo comum da formação profissional e seu aprendizado tem sido conduzido no cotidiano, demandando tempo e disposição dos profissionais.

Campos e Domitti¹ alertam que, de alguma forma, compartilhar práticas pode expor fragilidades individuais, tanto técnicas quanto relacionais, o que pode ser um entrave para adesão a este tipo de trabalho. Nos dois Casos o atendimento compartilhado presencial acontece de forma esporádica, com resistência de alguns médicos. A interconsulta e a terapia concomitante são mais frequentes e valorizadas pelos profissionais. *“Tem equipe que não consegue pensar em dois ou três profissionais dentro do consultório com o paciente. Não consegue administrar isso”.* (E4).

A discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos é finalidade da atuação compartilhada. Os profissionais entrevistados referiram que o NASF ampliou a prática de discussão de casos, incorporando-a à rotina. Oliveira e Campos¹² referem que o usuário deve poder participar da elaboração do seu projeto terapêutico e para isso é necessária a existência de relações dialógicas e comunicativas entre os atores.

Estudos têm identificado dificuldades na elaboração do PTS¹³⁻¹⁴, o que foi corroborado nos Casos estudados. Os profissionais referem dificuldades de compreensão e operacionalização das diretrizes ministeriais nesse item. No Caso 1, para facilitar a apropriação, um formulário foi criado para registro de todas as etapas do PTS. Com a diminuição da participação do NASF nas reuniões de eqSF essa prática tem diminuído progressivamente, configurando a necessidade de ser

incorporada como rotina na ESF. Atualmente acontece em espaços informais de conversas. O Caso 2 elabora PTS em espaços informais, e geralmente envolve um profissional da eqSF e um ou dois do NASF. Não está na rotina reunir toda a eqSF para este fim, como preconizado pelo MS.

A oferta de grupos terapêuticos e educativos foi a ação pedagógica de maior crescimento após a incorporação do NASF. Foram identificados 11 grupos em funcionamento no Caso 1 e 15 grupos no Caso 2. As categorias fisioterapia e psicologia se destacam nos grupos terapêuticos. Os problemas ortopédicos e de coluna em sua maioria são resolvidos pela fisioterapia em grupo. A psicologia concentra sua abordagem em pacientes que necessitam de espaços de escuta e conversa, abordando temas como: perda por óbito, separação de casais, desemprego, uso de álcool e outras drogas na família e violência familiar. Os marcadores de condições crônicas e suas comorbidades são trabalhados em conjunto pelos educadores físicos e nutricionistas com abordagem de mudança de estilo de vida.

Espera-se que o NASF colabore na continuidade do cuidado do usuário e nas funções de coordenação e integração dos serviços. Merhy et al.¹⁵ consideram a constituição de redes vivas de cuidado, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes de atenção. A rede formal pode ser disparadora, mas será atravessada por outras redes informais. Existem também as redes intersetoriais, que estão vivas no território. Além disso, os usuários produzem movimentos, elaboram saberes, constroem e partilham cuidados o tempo todo. Franco¹⁶ também discute a constituição de uma rede que opera com base no trabalho vivo em ato e nas múltiplas conexões possíveis, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, de forma singular.

Foi possível identificar nos Casos a constituição de redes singulares de cuidado à saúde. Elas se dão a partir do protagonismo dos trabalhadores da saúde e são construídas nos cuidados pensados para cada usuário ou grupo de usuários. Verificou-se uma série de composições que estão na dependência da necessidade do usuário e da apropriação dos serviços existentes pelos profissionais. Funcionam por conexão e fluxos entre os profissionais, as equipes e serviços, embasados ou não em protocolos. *“Procuramos, hoje, olhar o que traz a pessoa ao serviço, no que ela acredita, que outros recursos já usa e pensar o melhor cuidado para ela, pois hoje temos muito mais a ofertar, para além das consultas”*. (E20).

Essas redes geralmente não têm visibilidade e nem o

reconhecimento dos gestores, mas operam com forte intensidade no dia a dia dos serviços de saúde¹⁶.

Os modelos de atenção à saúde nos dois Casos incorporaram aspectos de vários modelos, como ações em favor da melhoria da qualidade de vida dos usuários e o atendimento a todos, com maior atenção aos que estão em maior risco ou em sofrimento. A vigilância das situações de saúde nos territórios e a preocupação com o processo de trabalho contribuem para atender a complexa demanda da AB.

d) Resultados da atuação

Na percepção dos profissionais entrevistados, vários agravos tiveram redução de encaminhamento e estão sendo tratados e acompanhados na AB.

Apontaram diminuição dos encaminhamentos para psiquiatria, neurologia, neuro-pediatria, endocrinologia e ortopedia. Também relataram redução de demandas para aparelhos auditivos, teste da orelhinha, exames de ressonância. As internações são percebidas como em declínio na média geral e nas causas sensíveis à APS. O uso de medicamentos para hipertensão, diabetes, controle de colesterol, além dos ansiolíticos e antidepressivos também foi reduzido na percepção dos profissionais entrevistados.

Os profissionais relatam que as atividades de grupo ampliam o cardápio de ofertas da UBS, possibilitam atenção a maior número de usuários em condições semelhantes, previnem comorbidades, melhoram a qualidade de vida, diminuem o uso de medicamentos, evitam encaminhamentos e diminuem a presença dos usuários na UBS.

A avaliação das listas de espera para apoio do NASF reduziu em 50% a demanda. Vários casos que precisam de especialistas continuam na fila de espera, mas algumas áreas, como a fisioterapia, a psicologia, a nutrição e a fonoaudiologia, contam com o acompanhamento do usuário pelo NASF enquanto aguardam a consulta especializada, minimizando o agravamento da situação, ofertando cuidado e mantendo a vinculação com o usuário. *“Os profissionais NASF agregam valor à equipe; os usuários valorizam mais do que só a atenção pela equipe”*. (E6).

Na percepção dos entrevistados, a assistência realizada pelo NASF ampliou a resolubilidade da APS. *“O atendimento individual resolve questões que a equipe não daria conta e evita encaminhamentos”*. (E15).

Outro reflexo importante da atuação do NASF foi a reorganização do processo de trabalho, possibilitada pela disponibilidade e engajamento dos gestores e profissionais da saúde, que

estavam voltados à prestação de um cuidado integral e de qualidade conforme sintetiza o relato a seguir: *“Com a vinda do NASF, mudou a percepção do que a gente quer e onde quer chegar. Até então cada trabalhava um na sua função sem objetivo comum... Hoje a equipe está focada no entendimento da saúde como um todo e em onde se quer chegar com aquele usuário, incorporando o contexto de vida das pessoas. Antes vários profissionais atendiam o mesmo paciente e nunca houve troca sobre ele”*. (E13).

A satisfação do profissional de saúde com o trabalho foi identificada em vários relatos. A existência de boas condições de trabalho, participação no planejamento e nas decisões e o reconhecimento da gestão e dos usuários, facilitam a fixação dos profissionais e suscitam disposição para o crescimento profissional. *“Fazer um bom trabalho e resolver problemas tá fazendo diferença na vida dos usuários e nosso lado profissional. O retorno das ACS e dos usuários faz diferença. (...) vou me mudar para cá, a qualidade de vida melhorou muito e isso é bom para o crescimento do meu filho”*. (E21).

Desafios

A trajetória de integração dos profissionais NASF na ESF nos Casos estudados foi considerada exitosa, mas permanecem desafios que merecem destaque. As diretrizes para o trabalho do NASF são identificadas como abrangentes e pouco claras, o que dificulta sua apropriação por parte dos profissionais e gestores. Outros estudos^{13,17} também levantaram esta dificuldade, que pode dificultar a inserção da lógica da colaboração interprofissional na ESF.

A forma de atuação da equipe NASF e eqSF é definida com diferentes prioridades e tempo previsto para as atividades, apontando necessidade de ajustes na atuação e nas diretrizes nacionais para a ESF, aspecto também evidenciado em estudos^{9,13-14}.

A discussão de casos foi assimilada e está inserida na rotina, na maioria das vezes por meio de conversas entre profissionais. Como demonstrado em estudos¹³⁻¹⁴ persistem dificuldades na elaboração do PTS de acordo com a forma recomendada pelas diretrizes.

A resistência de alguns profissionais para atuação colaborativa prejudica o apoio matricial, evidenciando a necessidade de mudanças na formação profissional de forma a estimular o trabalho em equipe. Esse aspecto pode estar relacionado às diferentes culturas das profissões. As estratégias voltadas à democratização dos processos de cogestão podem gerar conflitos relacionados a disputas de poder e diferentes conceituações de saúde-doença, valores e contextos de aprendizagem.

A demora nas portarias de credenciamento do NASF e no repasse dos recursos por parte do MS dificulta a gestão do processo. Os gestores apontam como desafio à APS a insuficiência no financiamento e a dificuldade de garantir acesso oportuno às consultas e exames especializados, principalmente em municípios de pequeno porte. Nos Casos estudados, além de especialistas na rede utilizam consórcios regionais e contratam institutos que prestam serviço nos municípios. A retaguarda assistencial de especialistas na rede de saúde é fundamental para que o NASF não assuma este papel. *“O nosso ponto fraco era a necessidade de especialidades. Já reduzimos a fila, que era de 4.000 pessoas, pela metade. Gastamos muito para garantir consultas e exames especializados, pois a PPI do Estado não atende a demanda”*. (E1).

Mudanças na gestão podem comprometer a manutenção de processos essenciais ao trabalho, demandando estratégias de minimização de conflitos. A falta de um regulador geral para todas as especialidades e exames no município e a existência de matriciadores especialistas foram apontados como necessidades para qualificar a atenção na APS.

Considerações Finais

Este estudo considera a percepção dos entrevistados gestores e profissionais do NASF e das eqSF. Para contribuir com a validade interna foram utilizadas múltiplas fontes de evidência e a triangulação na análise de dados. Na análise das informações não houve divergências. As diferenças foram de opiniões pessoais. A dinâmica da leitura indo das informações para as categorias e vice-versa, também possibilitou melhor compreensão da intervenção. Foi possível identificar um conjunto de estratégias que contribuíram para atuação compartilhada entre NASF e eqSF e alguns desafios que persistem à sua integração com a APS.

O NASF, nos casos estudados, foi participante ativo na reorganização dos processos de trabalho na ESF. Esse processo foi decorrente da mudança de atitude dos atores envolvidos, que convidados a pensar e questionar sua prática aceitaram o desafio e foram capazes de ressignificar sua prática em saúde.

Seu apoio no cuidado longitudinal do usuário, na integração e coordenação entre serviços de saúde e na articulação intersetorial fortalece a ESF. Potencializou a criação de redes singulares de cuidado em saúde, pensadas para cada usuário ou coletivo e operacionalizadas a

partir dos projetos terapêuticos integrados, viabilizados pela colaboração interprofissional. A incorporação de diferentes categorias profissionais, por meio do NASF, aumentou a abrangência e a oferta de ações e facilitou o enfrentamento da complexa demanda da APS.

Contribuem para a institucionalização e sustentabilidade do NASF ações voltadas à sua formalização nos espaços institucionais e de deliberação de políticas públicas, bem como ações de gestão do processo de trabalho voltadas à democratização das relações interpessoais e à definição conjunta de objetivos e estratégias de atuação.

A criação de espaços coletivos e de cogestão, e processos ágeis de comunicação viabilizam o apoio matricial e integração entre NASF e eqSF. O planejamento conjunto com acompanhamento e avaliação é estruturante na organização dos processos de trabalho. Estratégias de gestão do trabalho como espaços de discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos integrados e facilitação de processos de educação permanente possibilitam a interdisciplinaridade, o comprometimento e a responsabilização nos casos estudados.

Os gestores ocupam papel fundamental na definição de estratégias de organização e condução de processos de democratização institucional, bem como na conformação do modelo de atenção à saúde. Para isso, além de competência, informação e comprometimento com a qualidade em saúde, precisam do apoio da instituição e dos governantes, com autonomia financeira e de decisão.

Persistem desafios para a integração do NASF na APS, tais como: diretrizes abrangentes e tecnologias de trabalho com os quais os profissionais e gestores não estão aproximados; necessidade de incorporar o PTS e o atendimento compartilhado na rotina das eqSF; necessidade de ajustes no processo de trabalho da equipe NASF e eqSF para atuação compartilhada; alinhamento da formação profissional com as propostas de reorganização da APS para o Brasil; incorporação no cotidiano dos serviços de processos de questionamento, discussão e reflexão sobre a prática, considerando a subjetividade e o protagonismo dos atores envolvidos.

A proposta do NASF tem a potencialidade de questionar o processo de trabalho na APS, assumindo as tecnologias relacionais como orientadoras do processo de trabalho, tendo as tecnologias duras como subsidiárias. Para esta mudança nos processos de trabalho, além da adequação da formação e da incorporação de conhecimento é necessária mudança na atitude dos profissionais, o que depende da subjetividade dos sujeitos.

Estudos em diferentes contextos e configurações de NASF são essenciais para identificar formas de integração da equipe de apoio na APS e os resultados desta integração.

Referências:

1. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2007 fev [acessado 2015 Jul 12];23(2):399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>
2. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* [periódico na Internet]. 2011 Out/Dez [acessado 2015 Jul 12];20(4):961-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>
3. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
4. Minayo MCS. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: Bosi MLM, Mercado FJ. (organizadores). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. 2th ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010. p.163-90.
5. Brasil, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Brasil, Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família- Volume I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 39.
7. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, Bretani A, Rios IC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2015 Jul 12];28(11):2076-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>
8. Silva EM, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da

- autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2015 Jul 12];20(10):3033-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3033.pdf>
9. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2015 Jul 12];20(8):2511-21. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>
10. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde Redes*. 2015;1(1):07-14.
11. D'Amour D, Ferrara-Videla M, Sam Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005 May;(Suppl 1):116-31.
12. Oliveira MM, Campos GWS. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2015 Jul 12];20(1):229-38. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf
13. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2014 [acessado 2015 Jul 12];19(8):3561-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03561.pdf>
14. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013 [acessado 2015 Jul 12];47(5):968-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>

15. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Rev Divulg Saúde Debate*. 2014 Out;(52):155-66.
16. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. Organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3th ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-124.
17. Lancman S, Barros JO. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Rev Ter Ocup USP*. 2011 Set/Dez;22(3):263-9.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa avaliou a implantação do NASF em SC e foi possível identificar o seu grau da implantação em diferentes arranjos organizacionais de NASF previstos na legislação. A abordagem qualitativa possibilitou estudar em maior profundidade a implantação do NASF sob a perspectiva dos participantes. Permitiu também a identificação dos fatores que facilitaram sua implantação e atuação, bem como das dificuldades que persistem para integração do NASF na AB.

A técnica de entrevista considera a percepção dos entrevistados, que não retrata necessariamente as ações realizadas, mas o modo como o entrevistado se expressa a partir da sua compreensão do que lhe foi perguntado. Como forma de minimizar esta limitação o roteiro da entrevista foi testado e analisado previamente e foram utilizadas múltiplas fontes de evidência com análise da convergência das respostas. A triangulação dos dados permitiu verificar de forma contínua a confiabilidade e a interpretação das informações coletadas. A dinâmica da leitura revisitando informações e categorias de análise possibilitou a reflexão e melhor compreensão da intervenção. Estes aspectos contribuíram para a validade interna deste estudo.

A participação de profissionais do NASF, gestores e especialistas em avaliação nas oficinas de consenso permitiu a incorporação dos seus saberes e possibilitou compreensão mais abrangente sobre o NASF. Esta participação contribuiu para a elaboração do Modelo Teórico, do Modelo Lógico e da eleição objetiva dos elementos da MAJ definida para avaliar o grau de implantação do NASF.

O resultado da avaliação da implantação identificou dois casos como “implantados” (Casos 1 e 2) e um caso como “parcialmente implantado” (Caso 3) nas duas dimensões de análise: Aporte Organizacional e Atuação da Equipe NASF.

No Caso 1 a centralidade do trabalho do NASF estava no apoio matricial; no Caso 2, nas atividades de prevenção de agravos e de promoção da saúde, em especial, nas atividades de grupos; e no Caso 3 persistia um modelo centrado na clínica individual.

Observou-se que as práticas propostas para o NASF dependem de infraestrutura e condições organizacionais adequadas e também do comprometimento e disponibilidade dos profissionais e gestores. As

tecnologias de trabalho preconizadas não estão incorporadas na AB e estão sendo construídas no cotidiano, o que exige ajustes no processo de trabalho das equipes.

A organização do trabalho no NASF é dependente da organização do processo de trabalho na ESF e na AB. A realização de planejamento conjunto, com acompanhamento e avaliação, mostrou-se estruturante na organização dos processos de trabalho. A criação de espaços coletivos e de cogestão, bem como de processos ágeis de comunicação, facilitaram o apoio matricial e a atuação compartilhada na AB. Espaços de discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos integrados e facilitação de processos de educação permanente possibilitaram a interdisciplinaridade e a corresponsabilização nos casos estudados.

Para a institucionalização do NASF contribuíram ações voltadas a sua formalização nos espaços de deliberação de políticas públicas, bem como ações de gestão do processo de trabalho voltadas à democratização das relações interpessoais e à definição conjunta de objetivos e estratégias de atuação.

Os gestores ocuparam papel fundamental na definição de estratégias de organização e na condução do processo de democratização institucional, bem como na conformação do modelo de atenção à saúde. Para isso, foi imprescindível o apoio da instituição e dos governantes, com autonomia financeira e de decisão.

A proposta do NASF tem a potencialidade de questionar o processo de trabalho na AB, assumindo as tecnologias relacionais como orientadoras do processo de trabalho, tendo as tecnologias duras como subsidiárias. Para esta mudança nos processos de trabalho, além da adequação da formação e da incorporação de conhecimento é necessária mudança na atitude dos profissionais, o que depende da subjetividade dos sujeitos.

Persistem desafios para a integração do NASF na AB, tais como: diretrizes e tecnologias de trabalho com os quais os profissionais e gestores não estão habituados; necessidade de incorporação do PTS e do atendimento compartilhado na rotina das eqSF; necessidade de ajustes no processo de trabalho da equipe NASF e eqSF para atuação compartilhada; e alinhamento da formação profissional com as propostas de reorganização da AB para o Brasil.

A contribuição deste estudo está na aplicabilidade e viabilidade do Modelo Lógico e da MAJ elaborada, que permitiu identificar o grau de implantação do NASF. A metodologia adotada, utilizando diferentes fontes de evidência e a triangulação na análise de dados, possibilitou a compreensão aprofundada das ações desenvolvidas. Também permitiu

identificar estratégias que contribuem para atuação compartilhada entre NASF e eqSF e os desafios que persistem à sua integração com a AB.

E, por fim, contribui para minimizar a lacuna identificada na literatura em relação a estudos avaliativos sobre a equipe NASF como apoio às eqSF. O envolvimento de atores da gestão estadual e de técnicos do NASF pode gerar utilidade para as informações produzidas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 286-98, 2010.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.
Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam. Salud Publica**.v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-91, 2012.

ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-80, 2013.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicol. Soc.** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 461-68, 2013.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v. 8, n. 26, p. 64-74, 2013.

AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1467-78, 2011.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a82v16s1.pdf>>.
Acesso em: 2015 Jul 12.

AZEVEDO, N. S; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicol. Ciênc. Prof.** v. 33, n. 3, p. 520-35, 2013.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. Mov.** v. 23, n. 2, p. 323-30, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-56, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2847.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

BEZERRA, L. C. A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa SUS. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012.

BEZERRA, R. S. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na Atenção Básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. **Divulg. Saúde Debate**, v. 46, p.51-9, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.155, de 11 de junho de 2004. Aprova, habilita e estabelece valores aos Estados para participarem do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 de junho de 2004. n. 140, Seção 1, p. 126.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 de janeiro de 2008, Seção 1, Col. 2, p. 47.

_____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>>. Acesso em: 2014 mar. 20.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 de dezembro de 2010c, Seção 1, Col. 2, p. 88.

_____. Portaria GM nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 de outubro de 2011, Seção 1, Col. 1, p. 61.

_____. Portaria GM nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e cria a Modalidade NASF 3. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 de dezembro de 2012a, Seção 1, Col. 1, p. 223.

_____. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade**: documento síntese para avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções nº 303/2000 e nº 404/2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 12, 13 de junho de 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publica_da_resolucao.html>. Acesso em: 2014 Abr. 12.

_____. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a

_____. Portaria GM nº. 548, de 04 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 de abril de 2013b.

_____. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade:** material de apoio a autoavaliação para as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume I:** Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 2015 Nov. 05.

_____. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Brasília, 2015b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php>. Acesso em: 2015 Set. 02.

CAMPOS, G. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.

Cad. Saúde Pública, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

_____; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública [Online]**. São Paulo, n. 23, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Framework for Program Evaluation in Public Health. **MMWR Recomm Rep**. v. 48, n. RR-11, p. 1-40, 1999.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-300, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/14.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise da implantação. In: BROUSSELE, A. et al (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011a.p. 217-38.

_____. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011b. p. 41-60.

COSTA, L. S. et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **CoDAS**, v. 25, n. 4, p. 381-87, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva** [Online]. Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.705-11, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CUNHA, G. T., CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.** [Online]. São Paulo, v. 20, p. 961-70, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **J. Interprof. Care**. v. 19, Supl. 1, p. 116-31, May. 2005.

DIBAI FILHO, A. V.; AVEIRO, M. C. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-Al. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 397-404, 2012.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-37, 2013.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios na sua formação. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-99, 2013.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, v. 4, n. 3, p. 317-21, set. 2004.

FERNANDES, T. L.; NASCIMENTO, C. M. B; SOUSA, F. O. S. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev. CEFAC**. v. 15, n. 1, p. 153-59,

2013.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-13.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.) **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 154-78.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-22, 2012.

FRANCO, T. B. As Redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-74.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-55, maio/ago. 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

GONÇALVES, S. R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde**

Ocup.v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p.3561-71, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03561.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup**, v. 22, n. 3, p. 263-9, set./dez. 2011.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Nucleo de Apoio a Saude da Familia. **Rev. Saúde Pública [online]**. v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

LEITE, D. C; ANDRADE, A. B; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-87, 2013.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.507-25, 2014.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. **Ann. Rev. Public Health**. v. 31, p. 213-33, 2010.

LIMA, A. C. S.; FALCÃO, I. V. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF do Recife, PE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 3-14, 2014.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1463-72, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>>. Acesso em: 2015

Jul 12.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-21, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DASILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 193 p.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Ed. Hucitec; 2007. p. 15-35.

_____. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Rev. Divulg. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, n. 52. p. 155-66, Out. 2014.

_____. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde Redes**. v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de**

programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis,: Vozes, 2010. p.163-90.

MOLINI-AVEJONAS, D. R. et al. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **CoDAS**, v. 26, n. 2, p.148-54, 2014.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, Botucatu, v. 18, Supl. 1, p. 973-86, 2014.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 34, v. 1, p. 92-6, 2010.

NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 560-71, 2010.

NICKEL, D. A. et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 839-50, abr. 2014.

OLIVEIRA G. N. O apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 273-82.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Rev. Bras. Educ. Méd.** v. 36, n. 4, p. 574-80, 2012.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-38, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf>. Acesso em: 2015 Jul 12.

PAIVA, L. F. A. et al. A terapia ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 595-600, 2013.

PASQUIM, A. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. **Corpus etScientia**. v. 9, n. 2, p. 34-44, 2013.

PIMENTEL, V. R. M. et al. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 49-57, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00049.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicação para a avaliação. In: BOSI, M. L., MERCADO, F. J. (Orgs). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 65-86.

REIS, D. C. et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 21, n. 4, p. 663-74, 2012.

REIS, F.; VIEIRA, A. C. V. C. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 351-60, 2013.

RODRIGUES, J. D. et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, Pelotas/RS, v. 18, n. 1, p. 5-15, 2013.

SAMPAIO, J.; et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 16, n. 03, p. 317-24, 2012.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão IntergestoresBipartite. Deliberação 440/CIB/2013, de 26 de setembro de 2013. Aprova o incentivo estadual para o cofinanciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Santa Catarina – NASF SC Modalidades 1

e 2 e dos NASF Federal modalidades 1, 2 e 3. Florianópolis, 26 de setembro de 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. TELESSAÚDE SC. **AMAQ – NASF SC**: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Santa Catarina. Núcleo Telessaúde – SC. Florianópolis: UFSC, 2012.

SANTA CATARINA. Portal SES SC. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Acompanhamento da Estrutura: Saúde da Família e Serviços na Atenção Básica: Florianópolis, 2014. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=384&Itemid=464>. Acesso em: 2014 Abr. 02.

SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 188-94, 2012.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. **J. Health Sci. Inst.**, v. 30, n. 4, p. 411-8, 2012.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-84, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-32, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

SILVA, N. H. L. P.; CARDOSO, C. L. Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 246-59, jun 2013.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3033-42, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3033.pdf>>. Acesso em: 2015 Jul 12.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1079-97, 2010.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Can. J. Program.Eval**. v. 20, n. 2, p. 1-25, aut. 2005.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annu.Rev. Public Health**. v. 31, p. 213-33, 2010.

TOMASI, A. R. P; RIZZOTTO, M. L. F. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 427-36, jul./set. 2013.

TREVISAN, M. S. Evaluability assessment from 1986 to 2006. **Am. J. Eval**. v. 28, n. 3, p. 290-303, 2007.

UCHOA, A. C. et al. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação de informações em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. Org. **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 253-82.

VANNUCCHI, A.M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 963-82, 2012.

WORTHEN, B.; SANDERS, J.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas:** concepções e práticas. São Paulo: EDUSP, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Produtos do Estudo de Avaliabilidade (EA)

No EA foram identificados: objetivos; atividades; questões fundamentais da intervenção a serem abordados na avaliação e elaborados o modelo teórico (MT) e o modelo lógico (ML) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); e uma matriz de análise e julgamento (MAJ) para verificar sua implantação. Como referências foram utilizadas os pressupostos da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), da Rede de Atenção à Saúde (RAS), as diretrizes ministeriais para o NASF e o referencial teórico metodológico do apoio matricial. Foi realizada análise dos documentos e normativas oficiais e revisão de literatura sobre o tema.

O MT, ML e MAJ elaborados foram também objeto de debate em disciplinas específicas da área de avaliação em saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, ao longo de 2013 e 2014. O modelo proposto foi discutido em reuniões de trabalho e acadêmicas com profissionais e em três Oficinas de Consenso no formato Comitê Tradicional, que teve 19 participantes: responsáveis pela Atenção Básica da SES/SC, profissionais de NASF de municípios e especialistas vinculados aos Departamentos de Saúde Pública da UFSC que atuam na área de gestão, planejamento e avaliação.

A) MODELO TEÓRICO (MT)

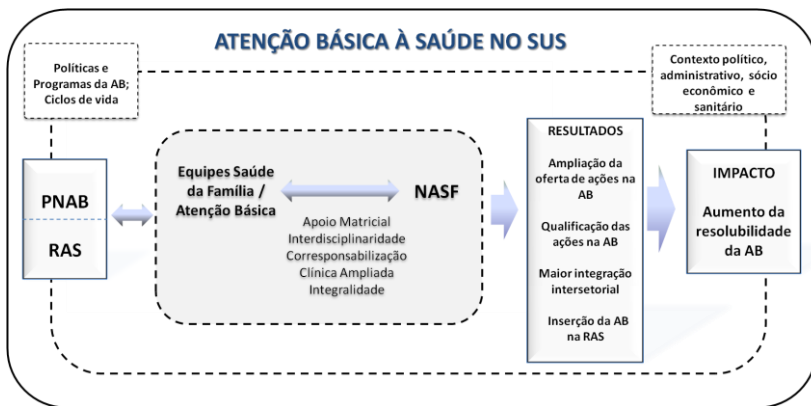
O modelo teórico permite a visualização esquemática das relações estabelecidas e busca refletir a correspondência entre a proposta teórica e o funcionamento da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011). Procura representar o objeto em seus componentes e suas relações, os fatores relevantes do contexto político e organizacional e os efeitos e resultados esperados (MEDINA et al., 2005).

O modelo apresentado na Figura abaixo parte da compreensão de que o NASF é orientado pelos princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica e das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011), com objetivo de ampliar a oferta de ações e a capacidade de resolução na AB, bem como de apoiar a inserção da AB na RAS.

O SUS, disposto na Constituição de 1988, tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade e como diretrizes organizacionais a descentralização e participação social. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do

cuidado e definem a AB como ordenadora do cuidado em saúde e centro de comunicação (BRASIL, 2010a).

Figura: Representação esquemática do Modelo teórico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasil, 2015.



A Política Nacional de Atenção Básica ampliou seu escopo e reafirmou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária e modelo substitutivo para reorganização assistencial na perspectiva de uma AB abrangente (BRASIL, 2011). OS NASF foram criados em 2008 nesta perspectiva, de forma integrada à AB, para apoiar as equipes de SF e de AB para populações específicas (ribeirinhas, fluviais e consultórios na rua). Sua atuação deve considerar as políticas programáticas, os ciclos de vida, o contexto político, administrativo, social, epidemiológico e sanitário do território onde atuam e assegurar a responsabilidade da ordenação do cuidado à equipe de referência da população na AB. A integração e atuação articulada entre NASF e equipes de referência têm como diretriz central o apoio matricial, a ampliação da clínica e integração dialógica entre diferentes profissões com interdisciplinaridade e corresponsabilização, visando à integralidade da atenção em saúde.

Influenciam na sua implantação e operacionalização fatores contextuais, como: características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população usuária do SUS; características de vulnerabilidade dos usuários; formação dos profissionais de saúde; investimento municipal em saúde; oferta e produção de serviços municipais de saúde; cobertura municipal da estratégia SF e da AB;

cobertura de planos de saúde na população; oferta e acesso aos serviços de atenção secundária e apoio diagnóstico, ambulatorial e hospitalar; modelo assistencial adotado e organização do trabalho na AB; vínculo empregatício e remuneração dos profissionais; rotatividade e estratégias para fixação dos profissionais. A disponibilidade de profissionais para compor a equipe NASF nos municípios é fator determinante para que o município possa compor a equipe em consonância com as necessidades de saúde da população.

B) MODELO LÓGICO (ML)

Para a implantação do NASF são necessárias decisão política e aportes organizacionais, assim como elementos técnicos e operacionais específicos que assegurem e orientem a sua atuação.

No ML do NASF foram elencadas duas dimensões para representar a sua implantação: Aporte Organizacional e Atuação da Equipe NASF desagregadas em três subdimensões cada, apresentando as atividades, seus respectivos produtos e resultados esperados.

A **Dimensão Aporte Organizacional**, de responsabilidade da gestão municipal, está composta por infraestrutura adequada, gestão de pessoas com recursos humanos em quantidade e qualificação necessários e mecanismos de planejamento e organização. Está desagregada em três subdimensões ou componentes: infraestrutura, gestão de pessoas e planejamento e organização.

A **Dimensão Atuação da Equipe NASF**, apresenta as ações que devem ser executadas em conjunto com a equipe de referência na AB e ações específicas de cada campo do conhecimento dos profissionais da equipe NASF, pactuadas previamente com a equipe responsável pela ordenação do cuidado. Essa dimensão contempla um conjunto de atividades finalísticas que definem ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde, utilizando-se do referencial teórico metodológico do apoio matricial com interdisciplinaridade, ampliação da clínica, ações colaborativas, compartilhadas e corresponsáveis. Está desagregada também em três subdimensões ou componentes: retaguarda assistencial especializada, integração intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e apoio técnico pedagógico.

O apoio matricial dá suporte ao processo de trabalho do NASF e perpassa ambas as dimensões. O contexto e as dimensões aporte organizacional e atuação da equipe NASF determinam e influenciam o grau de implantação do NASF; e o grau de implantação influencia a obtenção dos objetivos e dos efeitos esperados, que são, de maneira

geral, o aumento da resolubilidade na AB e sua inserção na RAS.

Modelo Lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 2015.

Dimensão	Subdimensão	Recursos	Atividades	Efeitos		Resultado Final
				Produtos	Resultados Intermediários	
Apoio Organizacional	Infraestrutura	Financiamento Profissional contratado	Disponibilização de transporte Disponibilização de espaço físico para reunião/encontro da equipe Elaboração de cronograma de uso dos espaços físicos Disponibilização de informação atualizada sobre o paciente e seu percurso na RAS Implantação de mecanismos de comunicação	Transporte assegurado para deslocamento Existência de local para reunião de trabalho do NASF Cronograma atualizado de uso dos espaços físicos Acesso qualificado e ágil ao prontuário do paciente Comunicação ágil entre profissionais e com gestão	Infraestrutura assegurada para o trabalho das equipes NASF	Equipes NASF qualificadas, com infraestrutura adequada para desenvolver o apoio às equipes SF
	Gestão de pessoas	Informações do território ESF com população definida	Implantação de mecanismos de fixação dos profissionais Disponibilização de apoio do NASF a todas as equipes SF Contratação de profissionais com formação em Saúde Coletiva, Saúde Pública, Saúde da Família e afins Desenvolvimento de estratégias de formação e qualificação	Mecanismos de fixação de profissionais implantados Apoio do NASF assegurado a todas as equipes SF Equipe NASF com qualificação para o apoio às equipes SF	Equipe NASF em número suficiente e qualificada para o apoio a todas as equipes SF	
	Planejamento e organização	Espaço físico nas Unidades Básicas de Saúde	Disponibilização de diretrizes, normas de funcionamento Realização de planejamento das ações do NASF	Normas existentes e conectadas Planejamento realizado em conjunto com as equipes SF	Uniformidade da atuação do NASF	
		Espaços e recursos na comunidade	Participação do NASF no planejamento local das equipes SF Definição de monitoramento e avaliação de ações do NASF	Trabalho do NASF articulado com o da equipe SF Indicadores existentes, monitorados e avaliados	Articulação do trabalho das equipes SF com o monitoramento e avaliação	
Atuação equipe NASF	Relação assistencial especializada	Meio de transporte Normas e diretrizes de Atuação	Atendimentos individuais clínicos Revisão conjunta de listas de casos para apoio	Atendimentos individuais clínicos realizados Casos com conduta definida	Acesso mais oportuno aos atendimentos necessários	Ampliação da oferta de ações na AB Maior abrangência da AB Apoio e atenção qualificadas às equipes SF Auxílio na inserção da AB na RAS Contribuição na produção do cuidado integral Melhor resolubilidade na AB
	Integração intersetorial e com a RAS	Recursos materiais	Implantação de mecanismos de priorização de casos e regulação Atendimento compartilhado de casos com profissionais da equipe (interconsulta e discussão de planos terapêuticos (presencial / a distância) Visitas domiciliares	Fluxos de atenção e critérios de acesso entre equipe SF e NASF definidos Consultas compartilhadas realizadas Interconsultas realizadas e planos terapêuticos discutidos Visitas domiciliares conjuntas e individuais realizadas	Ações sinérgicas NASF e equipe SF com responsabilização, correspondência, ampliação da atuação da AB	
		Fluxos locais de atenção	Implantação de estratégias de qualificação dos encaminhamentos às especialidades Articulação com outros pontos de atenção na RAS Priorização com outros setores para atuação/resolução de casos	Estratégias de apoio implantadas Manutenção da coordenação do cuidado com a equipe de referência Parcerias intersetoriais ativadas	Focalização da atuação da AB na RAS Constituição do cuidado	
	Apoio técnico pedagógico	Mecanismos de referência e marcação Mecanismos de integração assistencial	Discussão e gestão de casos com equipe SF Elaboração de projetos terapêuticos singulares, individuais e coletivos Realização de atividades de educação permanente Realização de atividades educativas Atendimento e oferta de materiais de apoio técnico pedagógico para AB Participação nas atividades de grupo Participação em atividades coletivas no território	Discussão de casos com equipe SF realizados Projetos Terapêuticos elaborados e implementados Atividades de educação permanente realizadas com equipe SF Atividades educativas realizadas Materiais educativos ou de apoio técnico para AB disponíveis Atividades de grupo realizadas com presença de profissional NASF Atividades coletivas realizadas no território com presença de profissional NASF	Apoio pedagógico à equipe SF Ampliação da atuação no território Ampliação da capacidade de cuidado das equipes	

C) MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO (MAJ)

A MAJ baseou-se no ML do NASF, mantendo as dimensões e subdimensões desagregadas em nove indicadores/critérios para a dimensão Aporte Organizacional, e onze indicadores/critérios para a dimensão Atuação da Equipe NASF. Também foram definidos os parâmetros para o julgamento de valor, pactuados nas oficinas de consenso.

Matriz de análise e julgamento da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Dimensão	Subdimensão	Indicador / critério	Modo de verificação	Fonte de evidência	Parâmetros	Pontuação Máxima Esperada
Aporte Organizacional	Infraestrutura	Mobilidade da equipe	Disponibilidade de transporte para deslocamento	OD; ENT	Alocação para ESF/NASF = 10 De outros setores com agendamento = 5 Indisponível = 0	10
			Existência de local para reunião de trabalho do NASF	OD; ENT	Espaços definidos = 5 Espaços informais = 3 Inexistente = 0	5
		Estrutura física	Cronograma atualizado para uso dos espaços físicos pelos profissionais do NASF	OD; ENT	Disponível = 5 Outras formas = 3 Indisponível = 0	5
			Estratégias para acesso qualificado e ágil ao prontuário do paciente	OD; ENT	Prontuário único com acesso na UBS = 5 Prontuário único sob solicitação = 3 Prontuário separado para NASF = 0	5
		Comunicação e informação	Estratégias de comunicação ágil com os profissionais do NASF	OD; ENT	Tecnologia de informação (TI) de acesso instantâneo = 5 TI de acesso não instantâneo/dependente de redes = 3 Inexiste = 0	5
					Todos como estatutário e emprego público = 5 Misto estatutário/contrato temporário = 3 Todos temporários = 0	90
		Fixação dos profissionais NASF	Forma de vínculo empregatício	OD; ENT, DS		5
			Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para profissionais do NASF	OD; ENT	Existente = 5 Inexistente = 0	5
			% equipes SF com apoio do NASF no município	OD; ENT, DS	Transformação em escore segundo a proporção	10
	Gestão de pessoas					Continua...

Dimensão	Subdimensão	Indicador / critério	Modo de verificação	Fonte de evidência	Parâmetros	Pontuação Máxima Esperada
Atuação da Equipe NASF	Gestão de pessoas	Qualificação dos profissionais NASF	% profissionais NASF com formação em Saúde Coletiva e afim	ENT; DS	Transformação em escore segundo a proporção	5
			% profissionais do NASF com participação em capacitações com temas da ABS	ENT	Transformação em escore segundo a proporção	5
		Planejamento e organização	Uniformidade das ações do NASF	Existência/uso de diretrizes e normas de funcionamento do NASF	OD; ENT	Normas próprias = 5 Normas MS sem adaptação = 3 Inexistente = 0
	Realização de planejamento da equipe NASF a partir da demanda equipes SF apoiadas			ENT	Existente = 5 Inexistente = 0	5
	Atuação articulada com equipe SF		% participação dos profissionais NASF nas reuniões de equipe SF	ENT	Transformação em escore segundo a proporção	10
			Monitoramento e avaliação	Existência e uso de indicadores de monitoramento e avaliação das ações do NASF	OD; ENT	Existente = 10 Inexistente = 0
	Retaguarda Assistencial Especializada	Concentração	% carga horária dos profissionais NASF em atendimentos individuais/clínicos	OD; ENT	≤40% = 10 entre 41% e 60% = 5 > 60% = 0	10
		Acesso do usuário	Encaminhamentos ao NASF acordados e regulados pela equipe SF	OD; ENT	Equipe encaminha todos = 10 Misto (Existe atendimento sem e com encaminhamento equipe) = 5 Atendimento sem encaminhamento = 0	40 10
	130					
	Continua...					

Dimensão	Subdimensão	Indicador / critério	Modo de verificação	Fonte de evidência	Parâmetros	Pontuação Máxima Esperada
Atuação da Equipe NASF	Apoio Técnico Pedagógico	Atividades educativas	% profissionais NASF que elaboram materiais educativos ou de apoio técnico para ABS	OD; ENT	Transformação em escore segundo a proporção	10
		Atividades coletivas	% profissionais NASF em atividades de grupo da Unidade Básica de Saúde	OD; ENT	Transformação em escore segundo a proporção	10
			% profissionais NASF em atividades coletivas no território	OD; ENT	Transformação em escore segundo a proporção	10

*ABS = Atenção Básica em Saúde
SF = Saúde da Família
OD = Observação Direta
ENT = Entrevista
DS = Dado secundário.

Referências:

BRASIL. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 de janeiro de 2008, Seção 1, Col. 2, p. 47.

_____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>>. Acesso em: 2014 mar. 20.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 de dezembro de 2010c, Seção 1, Col. 2, p. 88.

_____. Portaria GM nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 de outubro de 2011, Seção 1, Col. 1, p. 61.

_____. Portaria GM nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e cria a Modalidade NASF 3. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 de dezembro de 2012a, Seção 1, Col. 1, p. 223.

_____. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da**

Atenção Básica: AMAQ 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade:** documento síntese para avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Portaria nº 256 ,de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a

_____. Portaria GM nº. 548, de 04 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília,05 de abril de 2013b.

_____. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade:** material de apoio a autoavaliação para as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume I:** Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELE, A. et al (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011a.p. 217-38.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DASILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

TELESSAÚDE SC. AMAQ – NASF SC: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Santa Catarina. Núcleo Telessaúde – SC. Florianópolis: UFSC, 2012.

APÊNDICE B – Roteiros de entrevistas.**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DO NASF**

IDENTIFICAÇÃO _____
Município: _____ Data: _____
Nome da Equipe: _____ Entrevistado: _____
Idade entrevistado: _____ Cargo/função do entrevistado: _____
Tempo de atuação no NASF: _____

1. Como os profissionais do NASF se deslocam entre as UBS?
2. Como os profissionais se deslocam para realizar atividades no território (área de abrangência da equipe/UBS)?
3. Qual o motivo da escolha desse tipo de transporte? Se usam carro do município, quantas vezes por semana o carro está disponível?
4. Já deixou de realizar atividades por falta de transporte?
() sim () não
É frequente?
() sim () não. Quantas vezes aconteceu?
Se sim, qual atividade deixou de ser realizada?
5. Na sua opinião, como o transporte interfere no seu trabalho no NASF?
6. Qual espaço físico é utilizado para realizar as ações assistenciais do NASF na UBS?
() consultórios fixos () consultórios rotativos () sala de reuniões
() auditório () espaço comunitário () outros
7. Há um cronograma definido para uso destes espaços na UBS?
Solicitar cópia
8. Ao chegar na UBS, sempre há espaço disponível para o seu trabalho? () sim () não
9. Se não, é frequente? Quantas vezes isso aconteceu no último mês?
Quando acontece, que alternativas utiliza?
10. Se não teve local definido para trabalhar, qual foi o motivo?
11. Você acha que a rotatividade dos ambientes de trabalho influencia/interfere no trabalho do NASF?
Qual a consequência para o desenvolvimento do trabalho?
12. Há disponibilidade de materiais e equipamentos para desenvolver as ações, quando necessário?
Se não, como procede?

13. A UBS (equipe) utiliza qual tipo de prontuário?
() Eletrônico () Manual () eSUS () similar
14. Você (NASF) utiliza o prontuário do paciente da UBS?
15. Como vc tem acesso as informações dos pacientes nas UBS e na Rede (RAS)?
16. O prontuário utilizado tem informações completas sobre todos os atendimentos realizados no paciente (todos os profissionais registram no mesmo prontuário)?
Caso negativo, como vc acessa as informações?
17. Esse tipo de acesso influencia/interfere no trabalho do NASF?
Prejudica/limita/atrasa procedimentos aos usuários?
18. Qual a sua forma de contratação dos profissionais do NASF?
() concurso () processo seletivo/temporário () CLT () outros.
19. Existe PCCS no município?
() sim () não. Se sim, os profissionais do NASF estão incluídos?
20. A forma de contratação e PCCS interfere na sua permanência no município?
21. Quantas eqSF estão vinculadas a este NASF?
22. As eqSF/AB que este NASF atende estão em UBS próximas geograficamente?
A localização geográfica das UBS interfere no trabalho do NASF?
23. O NASF consegue atender as demandas das eqSF? Quanto a carga horária? E quanto as categorias profissionais?
24. Quantos profissionais do NASF (e de quais categorias) têm formação em Saúde Coletiva, Saúde Pública, Saúde da Família e afins?
25. Já foram contratados com esta formação?
26. O município dispensa para a formação em serviço nas áreas em saúde coletiva (especialização, mestrado)? O profissional precisa repor as horas?
27. Em sua opinião, esta formação auxilia na atuação no NASF? Porque?
28. O município oferta capacitação em temas da AB? E direcionadas ao processo de trabalho na AB?
Se sim, qual o formato utilizado?
() presencial () EAD () Telessaúde () outro
29. Você lembra quais foram os últimos temas? Como são definidos os temas?
30. Todos os profissionais do NASF comparecem/participam às capacitações?

31. Em sua opinião, a capacitação ofertada pelo município em temas da AB auxilia sua atuação no NASF?
32. Seu município estabeleceu normas/critérios/fluxos/diretrizes próprios para o funcionamento do NASF? Se próprias, como foram definidas? Elas são de conhecimento de todos os profissionais do NASF? *Solicitar cópia*
33. Se não tem normas próprias, como se dá a orientação para o funcionamento do NASF?
34. Utilizam os cadernos do DAB/MS (27 e 39)?
35. Em sua opinião, a definição de diretrizes/critérios/ fluxos auxiliam no trabalho do NASF?
36. A equipe NASF se reúne? Com que frequência?
37. Os profissionais da equipe NASF tem um local próprio onde se reúnem? ()Sim ()Não ()Qual?
É local fixo? ()Sim ()Não.
Se sim, qual a principal finalidade para uso deste espaço? () discussão de casos ()planejamento/programação de ações ()educação permanente da equipe NASF ()organização de temas para educação permanente, sensibilização das equipes, propostas de ações ()outros
Se não existe local definido, como a equipe se encontra?
38. Em sua opinião, qual a influência destes encontros (de existir ou não) entre os profissionais da equipe para o desenvolvimento do trabalho
39. Existe algum momento em que o NASF realiza planejamento/programação de ações? Há registro de planejamento/programação? *Solicitar cópia*
40. O que orienta e como são planejadas as ações do NASF? A partir das demandas das eqSF?
Se não planejam, como fazem para organizar suas ações e intervenção junto às eqSF?
41. Em sua opinião, o planejamento orienta a atuação do NASF? De que forma?
42. O NASF participa das reuniões de equipe de SF? ()sim ()não ()a eqSF não faz reunião de equipe.
43. Nestas reuniões, que atividades são desenvolvidas?
()discussão de casos e temas ()participação no planejamento da(s) eqSF ()planejamento e programação de ações com a equipe (construção de propostas de grupos, atendimentos e intervenções entre equipes) () educação permanente da equipe SF ()monitoramento e avaliação das ações ()outros

Se sim, quantos profissionais do NASF participam das reuniões da eq SF? E quais categorias? Com que frequência?

44. Como é definida a participação na reunião da eqSF? () convite () demanda de caso () interesse do profissional do NASF () outros

45. Se o NASF não participa do planejamento/programação das equipes, qual o motivo?

46. A participação do NASF no planejamento aumenta/contribui na resolução das situações? De que forma?

47. Há discussão de casos entre profissionais do NASF e equipes de SF? () sim () não.

Quem define os casos que serão discutidos?

() eq.SF () NASF () ambos . Obs:

Como são discutidos os casos (em que espaços)? Com que frequência acontece?

Quais categorias do NASF participam?

48. O NASF realiza devolutiva dos casos acompanhados? De que forma?

49. Para casos mais complexos são elaborados Projetos Terapêuticos Singulares? De que forma?

É definido quem acompanha o caso na sequência (gestão do caso)?

Há registros do PTS? *Solicitar cópia*

50. Em sua opinião, a discussão dos casos qualifica a atuação da eqSF? Por quê?

51. Os profissionais NASF promovem capacitação de temas clínicos e sanitários com a eq SF?

Se sim, quais são os temas mais abordados? Quem define o tema?

52. Há discussão de temas de organização do trabalho com as eq. SF? Se sim, em quais temas?

53. O NASF organiza temas para educação permanente, sensibilização das equipes, propostas de ações?

54. Em sua opinião, estas atividades melhoram a capacidade de resolver situações de saúde?

55. Qual carga horária semanal é destinada para estas atividades de educação permanente?

Se não realiza, porque?

56. O NASF destina horário para elaboração de materiais de apoio e educacional, rotinas, protocolos em conjunto com as equipes da AB? () sim () não . Quantas horas?

Se não, por que?

57. Em sua opinião essa atividade (educação permanente e elaboração materiais) influencia/interfere no trabalho das equipes? Melhora a

- atenção? De que forma? Esta carga horária é suficiente para o apoio pedagógico?
58. Existem indicadores para acompanhar as ações do NASF? Quais são? Como foram definidos?
Como são acompanhados e avaliados?
59. Há registro deste acompanhamento? *Solicitar cópia*
60. Os indicadores são utilizados para planejar novas ações e nas reuniões de equipe?
61. Se não tem indicadores, porque não?
62. Em sua opinião, o uso de indicadores facilita o trabalho do NASF? De que forma?
63. Os profissionais do NASF realizam atendimentos individuais?
() sim () não. Quais categorias?
64. Como e por quem são feitos os encaminhamentos para o NASF?
() equipe encaminha diretamente ao NASF () agendamento direto na recepção () existem agravos pré-estabelecidos para atendimento pelo NASF () foi esgotado os recursos do profissional da equipe () o caso é avaliado pela equipe previamente () equipe solicita matriciamento antes de encaminhar () Outros.
65. Em média, qual a carga horária semanal de cada profissional do NASF destinada para atendimentos individuais? *Solicitar cópia agenda*
66. Essa atividade é realizada para todos os grupos populacionais ou há restrições/prioridades?
67. Em sua opinião, os atendimentos individuais dos profissionais do NASF melhoram a resolatividade aos usuários da UBS?
68. Os profissionais do NASF realizam atendimento clínico conjunto com os profissionais da eqSF?
69. O atendimento clínico conjunto/compartilhado é definido/agendado por quem (equipe/NASF/ambos)?
70. Como é realizado o atendimento conjunto? () de forma presencial () também como interconsulta (à distância) Outros:
Tem discussão prévia do caso (matriciamento)?
71. Esta atividade acontece com que frequência?
Se não realiza atendimento conjunto, porque não?
72. Essa atividade é realizada para todos os grupos populacionais ou há restrições/prioridades?
73. Em sua opinião, o atendimento compartilhado melhora a atuação **da eqSF**? Por quê?
74. Os profissionais NASF realizam visitas domiciliares?

- () sim () não
Quais profissionais do NASF fazem visitas domiciliares?
Se sim, são realizadas sozinhas ou em conjunto com profissionais da SF?
75. Esta atividade é realizada com que frequência?
()semanal()quinzenal ()mensal ()bimensal ()trimestral
()esporadicamente ()somente para casos demandados pela equipe SF ()Outro
76. Essa atividade é realizada para todos os grupos populacionais ou há restrições/prioridades?
77. Se não fazem visitas, porque não?
78. Em sua opinião, a realização das visitas pelos profissionais do NASF melhora a resolutividade para os usuários da UBS? Por quê?
79. Os profissionais do NASF participam de atividades de grupo?
()sim ()não
De que forma? ()conduzindo o grupo ()participam em conjunto com a eq SF () Outro
Se sim, quais categorias NASF participam?
80. Quais grupos da UBS têm participação de profissionais do NASF?
Há registros? *Solicitar cópia*
81. Que tipo de atividades são desenvolvidas pelo NASF nestes grupos?
Como é definida a participação do profissional NASF no grupo?
82. Em média, quanto da carga horária dos profissionais do NASF semanal é utilizada em grupos?
83. Se os profissionais do NASF não participam de grupos, porque não?
84. Os profissionais do NASF participam de outras atividades coletivas? Quais?De que forma?
85. Em sua opinião, a participação do NASF potencializa a atenção a esses grupos? Porque?
86. Em sua opinião, a participação do NASF nos grupos do qualifica a atuação da eqSF? Porque?
87. Existe avaliação (forma de melhorar, qualificar) os encaminhamentos realizados pelas equipes apoiadas para o NASF?De que forma?
88. Existe avaliação dos profissionais do NASF nos encaminhamentos para especialistas na sua área de atuação? Como?
Se sim, quais categorias do NASF participam dessa atividade?
Se não realizam. Porque não?

89. É realizada avaliação da lista de espera para apoio do NASF?
Se sim, melhorou o agendamento (regulação) destes encaminhamentos?
90. Após o NASF, houve redução do tempo de espera para especialidades?
Se sim, em quais?
91. Tem alguma situação que com apoio do NASF passou a ser resolvida na UBS, evitando encaminhamento para outros níveis de atenção?
92. Que tipo de casos/agravos tiveram redução de encaminhamento após a atuação do NASF?
93. Essa atividade é realizada para todos os tipos de encaminhamentos ou há restrições/prioridades?
94. Em sua opinião, a participação do NASF na análise dos encaminhamentos melhora a atuação da eqSF? Por quê?
95. O NASF tem momentos de discussão/encontro com outros serviços? Na saúde? Com quais serviços de saúde?
95. E fora da saúde (intersetorial)? Com quais áreas fora da saúde? Como acontece?
Quais profissionais do NASF fazem esta articulação?
A eqSF participa em conjunto? ()sim ()não
Se não fazem articulação, porque não?
96. De que forma esta articulação contribui para melhorar a resolução de casos da UBS? Essa articulação melhora os mecanismos de referência e contra-referência?
97. Das atividades realizadas pelo NASF qual você considera a que mais colabora para qualificar a atuação da equipe de SF?
98. De maneira geral, você acha que o NASF cumpre seu papel de apoiar as equipes para o fortalecimento e aumento da resolutividade na Atenção Básica? E da integralidade?
99. Em sua opinião, a composição e carga horária do NASF no seu município atende as necessidades da população e da equipe SF?
100. Em sua opinião, no que o NASF modificou a atenção em saúde nas UBS que ele está vinculado?
101. Em sua opinião, qual a maior dificuldade para implantação e operacionalização do NASF?
Observações do entrevistador:

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO _____
Município: _____ Data: _____
Nome da Equipe: _____ Entrevistado: _____
Idade entrevistado: _____ Cargo/função do entrevistado: _____
Tempo de atuação no NeqSF: _____

1. Qual espaço físico é utilizado para realizar as ações assistenciais do NASF na UBS?
() consultórios fixos () consultórios rotativos () sala de reuniões
() auditório () espaço comunitário () outros
2. Há um cronograma definido para uso destes espaços na UBS?
() sim () não *Solicitar cópia*
3. Ao chegar na UBS, sempre há espaço disponível para o profissional do NASF realizar seu trabalho? () sim () não
4. Como vc considera que a rotatividade dos ambientes de trabalho influencia/interfere no trabalho do NASF? Qual a consequência para o desenvolvimento do trabalho?
5. A eqSF utiliza qual tipo de prontuário? () Eletrônico () Manual
() eSUS () similar () Outros
6. O prontuário utilizado tem informações completas sobre todos os atendimentos realizados no paciente (todos os profissionais registram no mesmo prontuário)?
7. Caso a equipe SF necessite contactar com profissional do NASF, como acontece essa comunicação?
() Lista de email () telefones () cronograma de trabalho (local) nas UBS () outros
Esta forma é ágil e rápida? () sim () não. Ela é atualizada?
() sim () não
8. Já precisou contatar com profissional do NASF? () sim () não
Conseguiu contato?
9. Se não tem forma de se comunicar, porque não tem?
10. Como vc avalia a sua comunicação com o NASF? Influencia ou interfere no trabalho da equipe?
11. Foram estabelecidas normas/critérios/fluxos/diretrizes próprios para o funcionamento do NASF?
() sim () não *Solicitar cópia*
12. Em sua opinião, de que forma a definição de diretrizes/critérios/fluxos auxilia no trabalho da eqSF com o NASF?

13. A eqSF faz\ reunião? Com que frequência?
14. O NASF participa das reuniões de equipe de SF?
()sim ()não ()a equipe de SF não faz reunião
15. Nestas reuniões, que atividades são desenvolvidas?
()discussão de casos e temas ()planejamento e programação de ações (construção de propostas de grupos, atendimentos e intervenções) () educação permanente ()monitoramento e avaliação das ações () elaboração de PTS ()outros.
16. Se não há reuniões de equipe, estas atividades acima são realizadas em algum outro momento? De que forma?
17. Se sim, quantos profissionais do NASF participam das reuniões da eq SF? E quais categorias? Com que frequência?
18. Como é definida a participação do profissional do NASF?
()convite ()demanda de caso ()interesse do profissional do NASF ()outros
19. Se o NASF não participa do planejamento/programação das equipes, qual o motivo?
20. Em sua opinião, a participação do NASF no planejamento aumenta/contribui na resolução das situações? De que forma?
21. Há discussão de casos entre profissionais do NASF e eqSF?
()sim ()não.
22. Quem define os casos que serão discutidos?
()eqSF ()NASF ()ambos
Como são discutidos os casos? Em que espaços?
23. Com que frequência acontece discussão de casos?
24. Quais categorias do NASF participam?
25. O NASF realiza devolutiva dos casos acompanhados (lista de casos em acompanhamento, planilhas compartilhadas, outra forma)?
26. Para casos mais complexos são elaborados Projetos Terapêuticos Singulares (plano de ação para o caso)? De que forma?
27. É definido quem acompanha o caso na sequência (gestão do caso)?
28. Em sua opinião, como a discussão dos casos contribui para a atuação da eqSF?
29. Os profissionais NASF promovem capacitação de temas clínicos e sanitários com a eqSF? ()sim ()não
Se sim, quais são os temas mais abordados? Quem define o tema?
30. Há discussão de temas de organização do trabalho com as eqSF?
()sim ()não.
Se sim, em quais temas?
31. O NASF organiza temas para educação permanente, sensibilização das equipes, propostas de ações?

32. Em sua opinião, essas atividades melhoram a capacidade de resolver situações de saúde?
33. Em sua opinião essa atividade (educação permanente e elaboração materiais) influencia/interfere no trabalho das equipes? Melhora a atenção?
De que forma?
34. Esta carga horária é suficiente para o apoio pedagógico?
35. Os profissionais do NASF realizam atendimentos individuais?
() sim () não. Quais categorias?
36. Como e por quem são feitos os encaminhamentos para o NASF?
() equipe encaminha diretamente ao NASF () agendamento direto na recepção () existem agravos pré-estabelecidos para atendimento pelo NASF () foi esgotado os recursos do profissional da equipe () o caso foi avaliado pela equipe previamente () a equipe solicita matriciamento antes de encaminhar () Outros
37. Em média, qual a carga horária semanal de cada profissional do NASF destinada para atendimentos individuais?
38. Essa atividade é realizada para todos os grupos populacionais ou há restrições/prioridades?
39. Em sua opinião, de que forma os atendimentos individuais dos profissionais do NASF contribuem na atenção aos usuários da UBS?
40. Os profissionais do NASF realizam atendimento clínico conjunto com os profissionais da eqSF?
41. O atendimento clínico conjunto/compartilhado é definido/agendado por quem (equipe/NASF/ambos)?
42. Como é realizado o atendimento conjunto? Tem discussão prévia do caso (matriciamento)?
43. Com que frequência acontece os atendimentos conjuntos?
44. Se não realiza atendimento conjunto, porque não?
45. A eqSF realiza interconsulta com os profissionais do NASF?
46. Esta atividade acontece com que frequência?
47. Em sua opinião, o atendimento compartilhado melhora a atuação **da eqSF**? Por quê?
48. Os profissionais NASF realizam visitas domiciliares?
() sim () não
Quais profissionais do NASF fazem visitas domiciliares?
49. Se sim, são realizadas sozinhas ou em conjunto com profissionais da SF? () em conjunto () de forma individual () nos dois formatos () Outros
Esta atividade é realizada com que frequência? () semanal

- () quinzenal () mensal () bimensal () trimestral
() esporadicamente () somente para casos demandados pela equipe SF () Outro 50. Essa atividade é realizada para todos os grupos populacionais ou há restrições/prioridades?
51. Se não fazem visitas domiciliares, porque não?
52. Em sua opinião, a realização das visitas pelos profissionais do NASF melhora a resolutividade para os usuários da UBS? Por quê?
53. Os profissionais do NASF participam de atividades de grupo?
() sim () não
De que forma? () conduzindo o grupo () participam em conjunto com a eq SF () Outro
Se sim, quais categorias NASF participam?
54. Quais grupos da UBS têm participação de profissionais do NASF?
55. Que tipo de atividades são desenvolvidas pelo NASF nestes grupos?
56. Como é definida a participação do profissional NASF no grupo?
57. Em média, quanto da carga horária dos profissionais do NASF semanal é utilizada em grupos?
58. Se os profissionais do NASF não participam de grupos, porque não?
59. Os profissionais do NASF participam de outras atividades coletivas? Quais? De que forma?
60. Em sua opinião, qual é a contribuição dos profissionais do NASF nos grupos?
61. Existe avaliação (forma de melhorar, qualificar) dos encaminhamentos realizados pela equipe SF para o NASF? De que forma?
62. É realizada avaliação da lista de espera para apoio do NASF? Por quem?
Melhorou o agendamento (regulação) destes encaminhamentos?
63. Após o NASF, houve redução do tempo de espera para especialidades?
Se sim, em quais?
64. Tem alguma situação que com apoio do NASF passou a ser resolvida na UBS, evitando encaminhamento para outros níveis de atenção?
65. Houve algum tipo de casos/agravs que tiveram redução de encaminhamento após a atuação do NASF?
66. Em sua opinião, a participação do NASF na análise dos encaminhamentos melhora a atuação da eqSF? Por quê?

67. Das atividades realizadas pelo NASF qual você considera a que mais colabora para qualificar a atuação da equipe de SF?
 68. De maneira geral, você acha que o NASF cumpre seu papel de apoiar as equipes para o fortalecimento e aumento da resolutividade na Atenção Básica? E da integralidade?
 69. Em sua opinião, a composição e carga horária do NASF no seu município atende as necessidades da população e da equipe SF?
 70. Em sua opinião, no que o NASF modificou a atenção em saúde nas UBS que ele está vinculado?
 71. Em sua opinião, qual a maior dificuldade para implantação e operacionalização do NASF?
- Observações do entrevistador:

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTOR

IDENTIFICAÇÃO _____

Município: _____ Data: _____

Entrevistado _____ Idade entrevistado: _____

Cargo/função do entrevistado: _____ Tempo de atuação no cargo: _____

1. Como foi definida a implantação do NASF no seu município?
2. Como foram definidas as categorias profissionais para compor a equipe NASF? composição da equipe foi determinada de que forma ?
3. Você conhece qual é o recurso financeiro recebido para o NASF (federal e estadual)?
4. Em sua opinião, este recurso estimula o gestor municipal a implantar o NASF?
6. Como está organizado o processo de trabalho da Atenção Básica?
7. Tem área de abrangência definida?
8. Qual a população adscrita?
9. Há dificuldades de acesso dos usuários para as UBS?
10. Como são organizadas as ações na AB?
11. Realizam planejamento? De que forma?
12. São utilizadas informações do território? Quais? Utilizam mapa?
13. O município possui áreas de vulnerabilidade?
15. Como está organizado o acesso do usuário às UBS?
16. As eqSF realizam reuniões de forma sistemática?
17. Há conselho Local de Saúde?
18. Há disponibilidade e acesso à:

- a) rede de apoio diagnóstico/laboratorial?
 - b) consultas especializadas?
 - c) para casos caso de urgências?
 - d) Para hospitais?
 - e) Quais as especialidades disponíveis na rede municipal?
 - f) Está vinculado a algum sistema de regulação?
19. Existe uma política de educação permanente para AB no seu município? Qual?
 20. Dentro do perfil epidemiológico dos seus municípios, quais agravos ou vulnerabilidades vc considera importantes para planejar ações de saúde?
 21. Existe coordenador/apoiador para a AB?
 22. Existe coordenador para o NASF?
 23. Como os profissionais do NASF se deslocam entre as UBS?
 24. Como os profissionais do NASF se deslocam para realizar atividades no território (área de abrangência da equipe/UBS)?
 25. Se utilizamcarro do município, quantas vezes por semana tem o carro disponível?
 26. O NASF já deixou de realizar atividades por falta de transporte?
 27. Existe um cronograma de utilização dos espaços físicos para realização das ações do NASF?
 28. Qual espaço físico é utilizado para realizar as ações assistenciais do NASF na UBS?
 29. Há informação atualizada sobre o paciente e seu de percurso na Rede de Atenção à Saúde?
 30. Qual tipo de prontuário é utilizado no município?
 31. O prontuário utilizado tem informações completas sobre todos os atendimentos realizados no paciente (todos os profissionais registram no mesmo prontuário)?
 32. Caso a ou gestão necessite contactar com profissional do NASF, como acontece essa comunicação?
 33. Qual a forma de contratação dos profissionais do NASF?
() concurso () processo seletivo/temporário () CLT () outros
 34. Quais os motivos para esta forma de contratação?
 35. Em média, qual o tempo de permanência dos profissionais do NASF? Há muita rotatividade?
 36. Existe PCCS no município? () sim () não. Se sim, os profissionais do NASF estão incluídos?
 37. Quantas equipes são apoiadas pelo NASF no município?
 38. Qual a carga horária semanal dos profissionais do NASF (por categoria) no município?

39. As eqSF/AB que o NASF apóia estão em UBS próximas geograficamente?
40. A localização geográfica das UBS interfere no trabalho do NASF?
41. O NASF consegue atender as demandas das eqSF? Quanto a carga horária? E categorias profissionais?
42. Número de profissionais NASF com formação em Saúde Coletiva ou afins:
43. Quantos profissionais do NASF (e de quais categorias) têm formação em Saúde Coletiva, Saúde Pública, Saúde da Família e afins?
44. Já foram contratados com esta formação?
45. O município libera os profissionais para a formação em serviço nas áreas em saúde coletiva?
45. Em sua opinião, esta formação auxilia na atuação no NASF?
46. O município disponibiliza capacitação direcionada para o processo de trabalho na Atenção Básica?
Se sim, com que frequência
Se sim, qual o formato da capacitação: ()presencial ()cursos ou eventos ()EAD ()Telessaúde
47. Todos os profissionais do NASF comparecem/participam?
48. Em sua opinião, esta capacitação auxilia na atuação dos profissionais do NASF?
49. Seu município estabeleceu normas/critérios/fluxos/diretrizes próprios para o funcionamento do NASF? Se sim, como foram definidas? Elas são de conhecimento de todos os profissionais do NASF?
50. Se não, como se dá a orientação para o funcionamento do NASF (como se guia o funcionamento?)
51. O NASF utiliza os cadernos do DAB/MS (27 e 39)?
52. A equipe NASF se reúne?
53. Os profissionais da equipe NASF tem um local próprio onde se reúnem?Qual?
É local fixo? ()sim ()não.
54. Se não existe, como a equipe se encontra?
55. Em sua opinião, qual a influência destes encontros (de existir ou não) entre os profissionais da equipe para o desenvolvimento do trabalho?
56. O município realiza planejamento para a AB? O NASF participa?
Se o NASF não participa do planejamento/programação das equipes, qual o motivo?
57. O NASF realiza planejamento de suas ações? O NASF participa no

planejamento local das eqSF?

58. *O NASF participa das reuniões de equipe de SF?*
59. Em sua opinião, qual a contribuição do NASF no planejamento da AB para o município?
60. Há discussão de casos entre profissionais do NASF e equipes de SF?
61. São realizados Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (planos de intervenção) pelo NASF e eqSF?
62. Qual a sua opinião sobre a discussão de casos e PTS elaborados pelo NASF e eqSF?
63. Em sua opinião, a discussão dos casos qualifica a atuação da eqSF? Por quê?
64. Os profissionais NASF promovem capacitação de temas clínicos e sanitários com a eq SF? E temas relacionados ao processo de trabalho?
65. Em sua opinião, estas atividades melhoram a capacidade de resolver situações de saúde? Interferem no trabalho das equipes?
66. Qual carga horária semanal do NASF é destinada para estas atividades?
67. O Nasf destina horário para elaboração de materiais de apoio e educacional, rotinas, protocolos em conjunto com as equipes da AB?
68. Existem indicadores para acompanhar as ações do NASF? Quais são? Como foram definidos?
69. Como os indicadores são acompanhados e avaliados?
70. Há registro deste acompanhamento? São utilizados para planejar novas ações e nas reuniões de equipe? Quem é responsável pelo acompanhamento e análise?
71. Se não tem indicadores, porque não?
72. Em sua opinião, o uso de indicadores facilita o trabalho do NASF? Por quê?
73. Os profissionais do NASF (ou vc) realizam atendimentos individuais? Quais categorias?
74. Como e por quem são feitos os encaminhamentos para o NASF?
75. Em média, qual a carga horária semanal de cada profissional do NASF destinada para atendimentos individuais?
76. Os profissionais do NASF realizam atendimento clínico conjunto com os profissionais da eqSF?
77. Como é realizado o atendimento conjunto? Tem discussão prévia do caso (matriciamento)?

78. Com que frequência acontece os atendimentos conjuntos?
79. Se não realiza atendimento conjunto, porque não?
80. A eqSF realiza interconsulta com os profissionais do NASF?
81. Esta atividade acontece com que frequência?
82. Em sua opinião, o atendimento compartilhado melhora a atuação da eqSF? Por quê?
83. Os profissionais NASF realizam visitas domiciliares? Quais profissionais do NASF fazem visitas domiciliares?
84. Se sim, são realizadas sozinhas ou em conjunto com profissionais da SF
85. Esta atividade é realizada com que frequência?
86. Se não fazem visitas domiciliares, porque não?
87. Qual sua opinião sobre a realização das visitas domiciliares pelo NASF?
88. Os profissionais do NASF participam de atividades de grupo?
() sim () não
e que forma? () conduzindo o grupo () participam em conjunto com a eq SF () Outro
Se sim, quais categorias NASF participam?
89. Quais grupos da UBS têm participação de profissionais do NASF?
90. Que tipo de atividades são desenvolvidas pelo NASF nestes grupos?
91. Como é definida a participação do profissional NASF no grupo?
92. Em média, quanto da carga horária dos profissionais do NASF semanal é utilizada em grupos?
93. Se os profissionais do NASF não participam de grupos, porque não?
94. Os profissionais do NASF participam de outras atividades coletivas? Quais? De que forma?
95. Em sua opinião, qual é a contribuição dos profissionais do NASF nos grupos?
96. Existe avaliação (forma de melhorar, qualificar) dos encaminhamentos realizados pela equipe SF para o NASF? De que forma?
97. É realizada avaliação da lista de espera para apoio do NASF? Por quem?
Melhorou o agendamento (regulação) destes encaminhamentos?
98. Após o NASF, houve redução do tempo de espera para especialidades?
Se sim, em quais?
99. Tem alguma situação que com apoio do NASF passou a ser

resolvida na UBS, evitando encaminhamento para outros níveis de atenção?

100. Houve algum tipo de casos/agravos que tiveram redução de encaminhamento após a atuação do NASF?
101. Em sua opinião, a participação do NASF na análise dos encaminhamentos melhora a atuação da eqSF? Por quê?
102. Das atividades realizadas pelo NASF qual você considera a que mais colabora para qualificar a atuação da equipe de SF?
103. De maneira geral, você acha que o NASF cumpre seu papel de apoiar as equipes para o fortalecimento e aumento da resolutividade na Atenção Básica? E da integralidade?
104. Em sua opinião, a composição e carga horária do NASF no seu município atende as necessidades da população e da equipe SF?
105. Em sua opinião, no que o NASF modificou a atenção em saúde nas UBS que ele está vinculado?
106. Em sua opinião, qual a maior dificuldade para implantação e operacionalização do NASF?

Observações do entrevistador:

APÊNDICE C - Roteiro de observação direta

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

I – RECEPÇÃO DO SERVIÇO

- Horário de funcionamento da UBS
- Forma de organização da chegada dos usuários ao serviço e de acesso ao NASF
- Agenda para atendimento do NASF
- Ambiente

II – SALA DE ESPERA

- Espaço físico
- Existência de murais, cartazes, informes, mapas do território
- Realização de atividades educativas com presença do NASF

III – CONSULTÓRIOS

- Espaço destinado para atendimento dos profissionais NASF
- Cronograma de uso dos espaços físicos
- Equipamentos de apoio aos profissionais do NASF (fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutricionista)
- Espaços específicos para atendimentos do NASF

IV – SALA DE REUNIÕES, PARA GRUPOS E ESPAÇOS PARA ATIVIDADES COLETIVAS

- Existência de sala de reuniões
- Existência de sala para grupos
- Cronograma de uso destes espaços pelo NASF
- Realização de grupos na UBS
- Utilização de espaços da comunidade para atividades coletivas
- Existência de academia de saúde

V – DISPONIBILIDADE DE CARRO PARA DESLOCAMENTO DOS PROFISSIONAIS NASF

- Existência de carro com horário disponível para NASF
- Existência de agenda para uso do carro pelo NASF

VI–DISPONIBILIDADE DE MATERIAIS EDUCATIVOS PARA ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Existência de quipamentosaudiovisuais
- Bonecos e kits didáticos para educação em saúde
- Folder, cartazes, informes

VII – INSTRUMENTOS ORGANIZACIONAIS E ADMINISTRATIVOS

- Agendas de reuniões
- Cronogramas
- Atas de reuniões
- Protocolos
- Manuais e rotinas
- Fluxo de acesso/agendamento
- Registro de planejamento e programação

VII – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

- Informatização: computadores e internet
- Telefone, impressora
- Formas de comunicação

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de consentimento para Gravações em Áudio.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor (a)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Avaliação da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF”, desenvolvida pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, constituindo parte de uma tese de doutorado. A pesquisa é realizada por Mirvaine Panizzi, sob a orientação da Dr^a Josimari Telino de Lacerda e Dr^a Sonia Natal.

Esta pesquisa tem o objetivo de estabelecer o grau de implantação dos NASF no estado de Santa Catarina. Também busca identificar os fatores que favorecem e os fatores que limitam a implantação do NASF. Nesta etapa estamos coletando dados por meio de entrevista a ser respondido pelos profissionais da equipe NASF e de Saúde da Família e pelo coordenador do NASF e/ou de Atenção Básica municipal.

Salientamos que a qualquer momento o Senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Não existem riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa. As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes. O acesso e a análise dos dados se farão apenas pelo (a) equipe de pesquisa e Secretaria Estadual da Saúde de SC.

Informamos abaixo o telefone e o endereço institucional dos pesquisadores responsáveis que podem ser acessados a qualquer instante para responder suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Desde já agradecemos sua atenção e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos. Caso aceite participar, assine abaixo, concordando com os termos descritos.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Declaro que o pesquisador principal do estudo me concedeu uma

cópia assinada deste

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Equipe de pesquisadores:

Me. MirvainePanizzi

DrªJosimariTelino de Lacerda

Drª Sonia Natal

Em caso de dúvidas ou questionamentos contatar os pesquisadores pelo telefone

(048) 9938-0049 ou (048) 3212-1693 ou por meio eletrônico: mirvaine@saude.sc.gov.br.

MirvainePanizzi - Gerência de Coordenação da Atenção Básica /Secretaria de Estado da Saúde/SC Rua Esteves Júnior, 390 – CEP 88015-130

_____, ____ de _____ de 2014.
(preencher o local e a data)

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES EM ÁUDIO

Eu, _____
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação em áudio de minha pessoa para fins da pesquisa intitulada “Avaliação da Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF”, desenvolvida pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e Secretaria de Estado da Saúde de SC, cujo objetivo é verificar grau de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF no estado de Santa Catarina.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha identificação não poderá ser revelada sob qualquer hipótese em qualquer uma das vias de publicação

ou uso.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo, abaixo relacionados, e sob a guarda dos mesmos.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Equipe de pesquisadores:

Mirvaine Panizzi

Dr^a Josimari Telino de Lacerda

Dr^a Sonia Natal

Em caso de dúvidas ou questionamentos contatar os pesquisadores pelo telefone

(048) 9938-0049 ou (048) 3212-1693 ou por meio eletrônico: mirvaine@saude.sc.gov.br.

_____, ____ de _____ de 2014.
(Preencher o local e a data)

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

SECRETARIA DE ESTADO E
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

Pesquisador: Mirvaine Panizzi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30516814.0.0000.0115

Instituição Proponente: Secretaria de Estado e Saúde de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 674.338

Data da Relatoria: 05/06/2014

Apresentação do Projeto:

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, para integrar e apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Formado por equipes multiprofissionais, com atuação pautada no apoio matricial e na interdisciplinaridade, objetiva aumentar a resolutividade e o escopo na Atenção Básica, bem como a integração desta com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dada a complexidade e abrangência desta intervenção, justifica-se a elaboração de modelos avaliativos que busquem identificar o grau de implantação e o cumprimento dos seus objetivos. Embora a avaliação de programas sociais seja relevante, ainda persiste como um campo desafiador e em construção no Brasil. Objetivo: Avaliar o grau de implantação do NASF no estado de Santa Catarina (SC). Os objetivos específicos são: identificar o modelo teórico, elaborar e aplicar o modelo avaliativo; e identificar fatores facilitadores e barreiras à implantação em casos classificados como grau avançado. Métodos: pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação no seu primeiro componente. Agrega abordagem quantitativa e qualitativa, e será desenvolvida em duas etapas. Primeira etapa: procedeu-se a elaboração do modelo teórico-lógico do NASF, orientado pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e das RAS. A construção das dimensões, subdimensões, indicadores e medidas do modelo avaliativo ocorreu mediante oficinas de consenso com experts vinculados aos Departamentos de Saúde Pública da Universidade Federal de SC; profissionais da Atenção Básica do estado de SC e

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, 2º Andar

Bairro: Centro

UF: SC

Telefone: (48-)3212-1080

Município: FLORIANÓPOLIS

Fax: (48-)3212-1080

CEP: 88.015-130

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

**SECRETARIA DE ESTADO E
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES**

Continuação do Parecer: 674.338

profissionais de NASF de distintos municípios. A técnica utilizada foi a do Comitê Tradicional. O modelo avaliativo contemplou duas dimensões. A dimensão político-organizacional, organizada nas subdimensões gestão participativa, recursos humanos e infraestrutura, as quais possuem 2, 3 e 2 indicadores, respectivamente. E a dimensão técnico operacional, que contempla as subdimensões ações compartilhadas e ações específicas dos profissionais, com 3 e 2 indicadores. Um questionário estruturado, construído a partir dos indicadores e medidas da matriz avaliativa será aplicado aos 200 NASF implantados a mais de seis meses no estado de SC, que serão convidados a participar. Os valores para julgamento, padrões ou pontuação máxima esperada para os indicadores serão definidos em oficina de consenso. Segunda etapa: será desenvolvido estudo de casos múltiplos, em três NASF identificados na primeira etapa com grau avançado de implantação, de acordo com o estrato de cobertura de equipes de SF. A abordagem será qualitativa, utilizando como fonte de evidências: análise documental; entrevista semiestruturada com informantes chave e grupo focal com profissionais do NASF e das equipes de SF apoiadas. Será utilizada a análise de conteúdo onde as categorias serão pré-definidas pelas dimensões, subdimensões e indicadores da matriz avaliativa. Todos os participantes da pesquisa participarão mediante consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Autorização para Gravação em Áudio. Resultados esperados: espera-se a construção e consolidação de um modelo avaliativo capaz de avaliar o grau de implantação do NASF, bem como identificar os fatores facilitadores e as barreiras enfrentadas no nível local para a efetivação dos objetivos propostos. Os resultados também serão utilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de SC, a fim de subsidiar a revisão e proposição de diretrizes estaduais e ações de qualificação aos profissionais e gestores.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL**

Avaliar o grau de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Objetivos específicos

- a) Identificar o modelo teórico de NASF;
- b) Elaborar o modelo avaliativo de implantação de NASF: modelo lógico e matriz avaliativa (indicadores, medidas e parâmetros);
- c) Aplicar o modelo avaliativo de implantação nos NASF implantados no estado de Santa Catarina e identificar o grau de implantação de cada um;

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, 2º Andar**Bairro:** Centro**CEP:** 88.015-130**UF:** SC**Município:** FLORIANÓPOLIS**Telefone:** (48-)3212-1680**Fax:** (48-)3212-1680**E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO E
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 574.338

d) Identificar fatores facilitadores e barreiras à implantação do NASF em Santa Catarina, em casos com grau avançado de implantação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informa que poderão ocorrer baixos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para avaliar o grau de implantação dos NASF, tendo em vista a complexidade desta intervenção, serão utilizadas duas etapas:

Na primeira etapa será realizado um estudo exploratório, aplicado a todos os NASF em atuação no Estado de Santa Catarina, objetivando determinar o grau de implantação de cada um.

Na segunda etapa será realizado um estudo de casos, aplicado nos casos identificados no estudo exploratório com grau avançado de implantação, de acordo com os estratos de cobertura de equipes de SF, a fim de identificar e aprofundar a análise sobre os fatores facilitadores e as barreiras para a implantação do NASF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de apresentação obrigatória, inclusive a carta de anuência dos campos da pesquisa.

Recomendações:

Apresentar relatório parcial e final ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu todas as solicitações do colegiado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O estudo é pertinência e tem valor científico e a metodologia está adequada aos objetivos perseguidos.

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, 2º Andar

Bairro: Centro

CEP: 88.015-130

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48-)3212-1680

Fax: (48-)3212-1680

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO E
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 674.338

FLORIANÓPOLIS, 04 de Junho de 2014

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, 2º Andar

Bairro: Centro

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

CEP: 88.015-130

Telefone: (48-)3212-1680

Fax: (48-)3212-1680

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br